

Traitement des rétentions placentaires après l'avortement : thèse présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier le 8 juin 1907 / par Abraham Scemama.

Contributors

Scémama, Abraham, 1880-
Royal College of Surgeons of England

Publication/Creation

Montpellier : Impr. G. Firmin, Montane et Sicardi, 1907.

Persistent URL

<https://wellcomecollection.org/works/mwwsx2pr>

Provider

Royal College of Surgeons

License and attribution

This material has been provided by This material has been provided by The Royal College of Surgeons of England. The original may be consulted at The Royal College of Surgeons of England. where the originals may be consulted. Conditions of use: it is possible this item is protected by copyright and/or related rights. You are free to use this item in any way that is permitted by the copyright and related rights legislation that applies to your use. For other uses you need to obtain permission from the rights-holder(s).



Wellcome Collection
183 Euston Road
London NW1 2BE UK
T +44 (0)20 7611 8722
E library@wellcomecollection.org
<https://wellcomecollection.org>

TRAITEMENT

DES

RÉTENTIONS PLACENTAIRES

APRÈS L'AVORTEMENT

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 8 Juin 1907

PAR

Abraham SCEMAMA

Né à Corfou (Grèce), le 8 août 1880

INTERNE A L'HOPITAL DE ROTHSCHILD DE PARIS

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER

IMPRIMERIE G. FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1907

N° 50

//



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (*) DOYEN
SARDA ASSESSEUR

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (*).
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Thérapeutique et matière médicale.	HAMELIN (*).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (*).
Physique médicale.	IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE (*).
Clinique ophtalmologique.	TRUC (*).
Chimie médicale.	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne.	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène.	BERTIN-SANS.
Clinique obstétricale.	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. RAUZIER, DE ROUVILLE

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires :

MM. E. BERTIN-SANS (*), GRYNFELT

M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	RAUZIER, prof. adjoint
Pathologie externe	SOUBEIRAN, agrégé
Pathologie générale	N...
Clinique gynécologique.	DE ROUVILLE, prof. adj
Accouchements.	PUECH, agrégé lib.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agr.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, agr. libre.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. JEANBRAU	MM. GAGNIERE
RAYMOND (*)	POUJOL	GRYNFELT Ed.
VIRE	SOUBEIRAN	LAPEYRE
VEDEL	GUERIN	

M. IZARD, *secrétaire.*

Examineurs de la Thèse

MM. DE ROUVILLE, <i>président.</i>	MM. SOUBEIRAN, <i>agrégé.</i>
VALLOIS, <i>professeur.</i>	GUERIN-VALMALE, <i>agrégé.</i>

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON ADORÉ PÈRE

LE CAÏD COMMANDEUR SALOMON SCEMAMA

GRAND OFFICIER DE L'ORDRE DU NICHAM IFTIKAR

OFFICIER DE L'ORDRE DES SAINTS MAURICE ET LAZARE

CHEVALIER DE L'ORDRE ROYAL DU SAUVEUR

CHEVALIER DE L'ORDRE ROYAL D'ISABELLE LA CATHOLIQUE, ETC.

A MON ADORÉE MÈRE

A. SCEMAMA.

A MES FRÈRES ET SOEURS

A MES BEAUX-FRÈRES

A MES NEVEUX

ET

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

A. SCÉMAMA.

A MONSIEUR F. DESMONS

SÉNATEUR DU GARD
ANCIEN VICE-PRÉSIDENT DU SÉNAT

*Infime hommage de parfait dévouement
et de respectueuse reconnaissance.*

A MONSIEUR PAUL MILHAUD

ADMINISTRATEUR DES HOSPICES DE NIMES
JUGE AU TRIBUNAL DE COMMERCE
CONSEILLER DU COMMERCE EXTÉRIEUR DE LA FRANCE
VICE-PRÉSIDENT DU COMITÉ RÉPUBLICAIN DU COMMERCE ET DE L'INDUSTRIE
DU GARD

*Faible témoignage d'affection et de
profonde gratitude.*

A. SCEMAMA.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR DE ROUVILLE

A M. LE PROFESSEUR VALLOIS

A M. LE PROFESSEUR SOUBEYRAN

A M. LE PROFESSEUR GUÉRIN-VALMALE

A TOUS MES MAÎTRES

A. SCEMAMA

PRÉFACE

Le travail que nous allons entreprendre n'a pas la prétention d'être une étude complète sur la question si importante du « Traitement des rétentions placentaires après l'avortement », mais un aperçu succinct, en même temps qu'un guide pratique sur cette question, jadis si controversée et, à l'heure actuelle, non encore très précisée.

Si dans les grandes lignes de la question la plupart des accoucheurs et gynécologues sont arrivés à se mettre d'accord, ils n'en diffèrent pas moins sur certains points qui ont une grande importance pratique, tels que la conduite à tenir dans les rétentions non compliquées et surtout pour les partisans de l'intervention du mode à employer pour évacuer l'utérus.

D'après le titre même du travail « Traitement des rétentions placentaires après l'avortement », il est inutile de dire que nous nous occuperons exclusivement de la thérapeutique des rétentions placentaires.

La question est trop importante pour suffire non pas à une étude succincte telle que la nôtre, mais à une étude beaucoup plus développée.

Dans la première partie de ce travail nous traiterons de quelques généralités et du pronostic des rétentions placentaires *post-abortum*.

Dans une deuxième partie nous ferons l'étude critique des différentes méthodes employées dans la thérapeutique des rétentions placentaires *post-abortum*, que celles-ci soient compliquées ou non.

Dans une troisième partie, nous étudierons les deux opérations, curage digital et curettage instrumental, qui sont souvent employées dans la thérapeutique des rétentions placentaires.

Dans une quatrième et dernière partie, nous exposerons la conduite que nous conseillons de suivre dans les rétentions placentaires *post-abortum*.

Nous n'avons écrit cette dernière partie qu'après avoir fait une étude approfondie de la question si complexe du traitement des rétentions placentaires après l'avortement, nous nous sommes inspiré pour sa rédaction de l'expérience des auteurs qui ont traité cette question ainsi que des résultats qu'ils ont obtenus ; et de cette étude nous avons dégagé les conseils pratiques que nous y exposons.

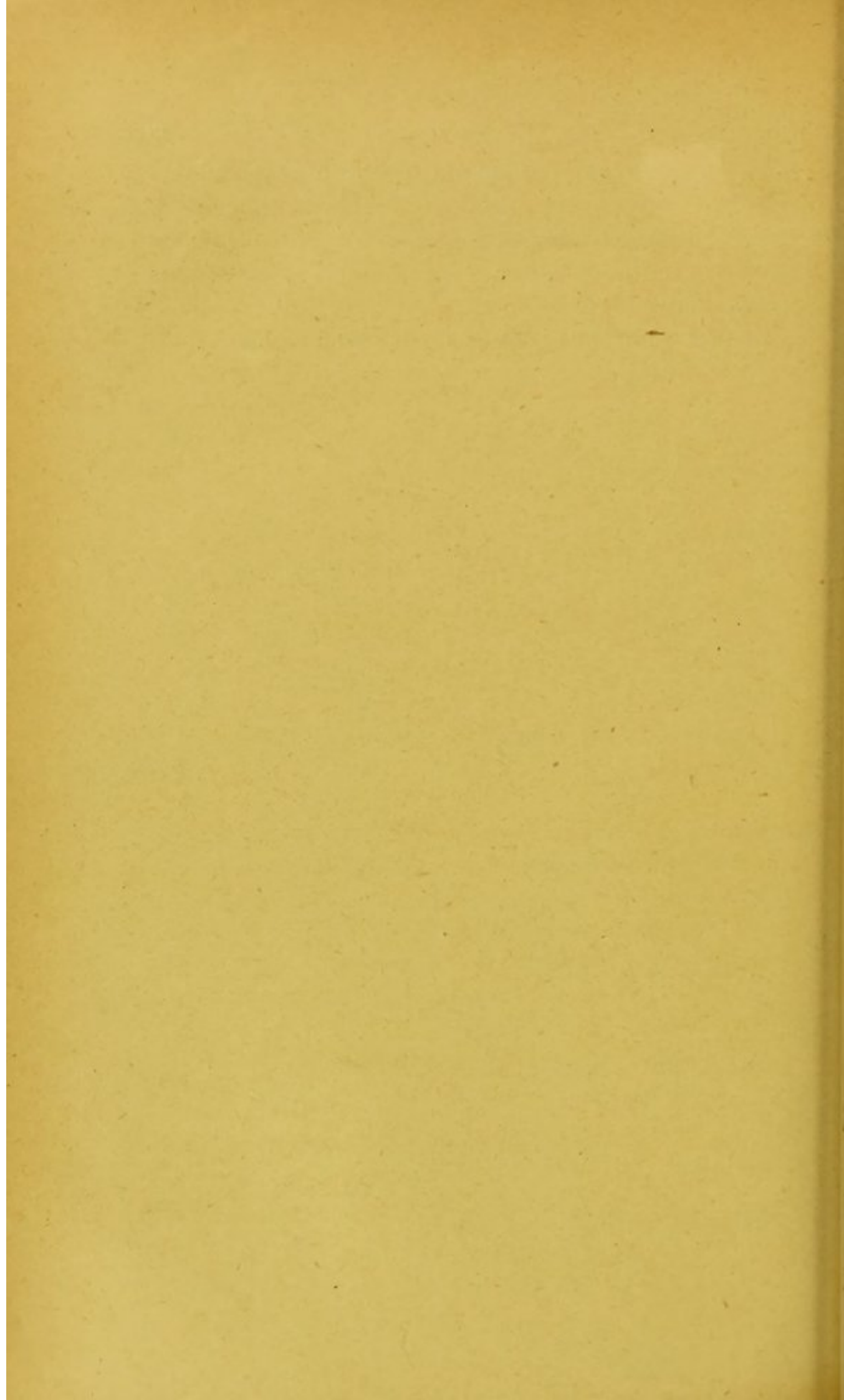
Avant de commencer l'étude de notre travail, c'est pour nous un agréable plaisir de remercier M. le Professeur de Rouville, qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse. Nous ne pourrons jamais assez lui témoigner notre reconnaissance pour l'intérêt qu'il nous a toujours porté. Qu'il soit assuré de notre sincère affection.

En même temps, nous profitons de cette occasion, pour remercier tous nos maîtres de la Faculté de Montpellier, ainsi que nos maîtres de l'hôpital de Rothschild, MM. les docteurs L. Zadoc-Kahn et Reblaub, de leur enseignement si profitable et des conseils pratiques qu'ils n'ont cessé de nous prodiguer.

C'est aussi pour nous une douce joie d'assurer notre

mère adorée de notre amour filial. Elle nous a toujours témoigné la plus vive affection et la plus grande tendresse, et elle n'a cessé d'être, dans toutes les circonstances de notre vie, notre meilleur guide et notre plus ferme soutien.

Elle est pour nous l'être le plus cher au monde.



TRAITEMENT
DES
RETENTIONS PLACENTAIRES
APRÈS L'AVORTEMENT

PREMIÈRE PARTIE
GÉNÉRALITÉS — PRONOSTIC

CHAPITRE PREMIER
GÉNÉRALITÉS

DÉFINITION, FRÉQUENCE, ÉPOQUE, CAUSES ET MÉCANISME, ET ENFIN DESTINÉE
DE L'ARRIÈRE-FAIX RETENU APRÈS L'AVORTEMENT

Définition. — On entend par rétention placentaire, pris dans son sens le plus large : l'emprisonnement dans l'utérus, après l'expulsion de l'embryon ou du fœtus, de partie ou de la totalité des annexes.

Fréquence. — Les rétentions placentaires sont-elles fréquentes ?

Avant de répondre à cette question, il est utile de savoir au bout de combien de temps après l'expulsion de l'embryon ou du fœtus on peut dire qu'il y a rétention placentaire.

Peut-on définir les rétentions placentaires par une limite fixe de temps, ou doit-on rechercher sa définition dans l'étude de la marche de l'avortement ?

Certains auteurs disent qu'il y a rétention placentaire lorsqu'il s'est écoulé un laps de temps plus ou moins considérable après la sortie du fœtus, temps variable pour chacun d'eux, pour les uns six heures, pour les autres 12 heures, et pour d'autres 24, 48 heures et même plus.

Cette définition est-elle exacte ? Nous ne le croyons pas, la raison en est dans la différence même d'appréciation du temps.

Doléris dit qu'il y a rétention placentaire, qu'il y a *avortement ralé*, pour employer son expression, toutes les fois qu'après la sortie de l'embryon ou du fœtus, le col se referme, emprisonnant le placenta partiellement ou complètement décollé, que les contractions utérines s'arrêtent et que le corps de l'utérus reste mou et flasque.

Cette définition nous paraît supérieure à la précédente, parce qu'elle est plus clinique ; néanmoins, nous avons une petite objection à lui faire : si comme définition elle peut être bonne, elle n'en est pas moins incomplète comme guide dans la conduite à tenir dans les rétentions placentaires.

En effet, si l'on est interventionniste dans les rétentions placentaires non compliquées et qu'on se base sur cette définition, il peut résulter qu'on soit amené à intervenir quelquefois trop tard, exemple les cas où le travail abortif traîne en longueur avec des contractions faibles et espacées et un col dilaté ou entr'ouvert. Dans ces cas, rares il est vrai, on se trouve exposé à intervenir trop tard et à ne pouvoir parer assez à temps aux accidents possibles des rétentions.

Pour cette raison, tout en acceptant la définition clini-

que de Doléris, nous l'amenderons par une limite de temps qui sera entre 12 et 24 heures après l'expulsion du fœtus pour tous les cas où le travail n'a pas rétrocedé dans ce laps de temps

Ainsi définie la rétention placentaire, envisageons sa fréquence.

Dans les cas habituels, le travail est continu et sans interruption. « L'effacement et la dilatation du col, dit Doléris, la progression de l'œuf entier, ou celle du placenta suivant celle du petit fœtus, l'achèvement de l'expulsion, tout cela marche concurremment avec des contractions utérines soutenues et progressives, et ne subit point d'arrêt. Cela demande quelques heures, une demi-journée, quelquefois deux. »

Si nous nous rapportons aux statistiques de Brion, nous voyons que le placenta a été retenu au delà de 24 heures 16 fois sur 400 avortements, soit 4 0/0, tandis que dans la statistique de Rimette, sur 1437 avortements, on a observé 414 cas compliqués soit d'hémorragies sérieuses, soit de rétention. Si l'on se base sur cette dernière statistique, on constate que la fréquence des rétentions est assez grande.

Epoque. — A quelle époque de la grossesse rencontre-t-on le plus souvent les rétentions placentaires ?

Pour répondre à cette question, il faut d'abord savoir à quelle époque de la grossesse a lieu le plus fréquemment l'avortement en deux temps, car c'est alors que peut se produire la rétention de délivre.

Pendant les deux premiers mois, l'avortement a lieu assez fréquemment en bloc, surtout pendant le premier mois. Mais il n'en est pas toujours ainsi, et cela par le processus même de l'hémorragie qui, à cette époque, est

la cause mécanique la plus fréquente de l'avortement. L'épanchement sanguin qui se forme dans la cavité utérine déchire les liens fragiles qui unissent l'œuf à l'utérus, quelquefois le chorion et l'amnios lui-même. (Chaleix-Vivie et Audebert.) L'embryon sorti, les annexes ne sont expulsées que dans un second temps.

Au cours des 3^e et 4^e mois, l'avortement en bloc est plus rare et l'avortement en deux temps est la règle.

De l'avortement qui a lieu au cours des 5^e et 6^e mois, nous n'avons pas à nous occuper, exceptionnellement il se fait en bloc. A cette époque, il ressemble à un véritable petit accouchement et la conduite à tenir dans ces cas sera la même qu'après un accouchement à terme.

Il est facile de conclure de ce qui précède que c'est surtout au cours des 3^e et 4^e mois que le délivre a le plus de chances d'être retenu. Et, en effet, d'après la statistique de Brion, sur 43 rétentions placentaires, 35 fois elles ont été observées du 2^e au 4^e mois.

Causes et mécanisme — Quelles sont les causes des rétentions placentaires et quel en est le mécanisme ?

Il n'est pas inutile pour en bien saisir le mécanisme de donner quelques renseignements sur les facteurs qui interviennent pour produire cette rétention et qui sont : la différence de volume entre l'embryon et ses annexes pendant les 4 premiers mois ; l'état de l'utérus au début de la grossesse ; l'état du col, et enfin les rapports de l'œuf avec l'utérus.

1^o Volume de l'œuf *in toto* et volume comparatif des annexes et de l'embryon. — Voici quelques notions anatomiques à ce sujet que nous empruntons à Fruhinsholz :

Pendant les six premières semaines l'œuf humain proprement dit tient dans la cavité utérine une place intime,

c'est une petite vésicule amniotique doublée d'un chorion hérissé sur tout son pourtour de villosités choriales ; elle est greffée en un point de la muqueuse utérine. Celle-ci, développée en caduque, est très épaisse dans toute son étendue, très vascularisée, a pris un aspect velvétique. A considérer l'ensemble du contenu utérin (l'œuf, plus ses enveloppes maternelles caduques), l'œuf ne paraît presque rien, les caduques sont tout.

A trois mois le placenta est nettement différencié déjà, mais les enveloppes de l'œuf n'ont pas encore atteint leur expression de simplicité définitive ; le chorion qui revêt le pôle libre de l'œuf n'est pas totalement décalvé de ses villosités ; il demeure recouvert d'une caduque réfléchie relativement épaisse, la muqueuse utérine pariétale (caduque vraie) reste hypertrophiée ; caduque vraie et caduque réfléchie ne sont pas encore accolées l'une avec l'autre. Les annexes placenta et caduque surtout continuent à former relativement au volume du fœtus une masse prépondérante. Vers la fin du 4^e mois seulement l'œuf a pris une constitution anatomique rappelant en petit son apparence de maturité.

Ainsi que nous le montre un tableau de Hecker sur l'accroissement comparatif du fœtus et de ses annexes :

	Poids du fœtus		Poids du placenta
Au 3 ^e mois.	11 gram.		36 gram.
4 ^e —	55 —		80 —
5 ^e —	273 —		178 —

le volume du placenta est supérieur à celui du fœtus jusqu'aux environs du 5^e mois.

2^e État de l'utérus au début de la grossesse.—Le corps utérin pendant les 4 premiers mois de la grossesse n'a

pas acquis tout son développement et la vigueur de ses contractions sera beaucoup moins forte qu'à terme.

3° Etat du col utérin. — Celui-ci n'a pas encore subi son imbibition et son ramollissement, ce qui le rend plus réfractaire à la dilatation.

4° Rapports de l'œuf avec l'utérus. -- L'œuf est plus adhérent, surtout à partir du 4^e mois, au moment où les deux caduques ovulaire et pariétale vont se souder l'une à l'autre.

Il est facile de comprendre après la brève étude de ces quatre facteurs la cause et le mécanisme des rétentions placentaires et surtout leur fréquence plus grande au cours des troisième et quatrième mois.

Pendant les deux premiers mois, l'œuf, qui n'a pas encore contracté de fortes adhérences avec la caduque peut être entraîné en bloc. D'autres fois, soit par hémorragie, soit pour toute autre cause, les membranes ovulaires ont été déchirées et l'œuf est expulsé en deux temps ; mais ce qui est très fréquent à cette époque c'est la rétention partielle ou totale de la caduque et la cause réside dans sa grande épaisseur et dans sa forte adhérence à la paroi utérine.

Donc pendant les deux premiers mois, rarement rétention ovulaire, mais très fréquemment rétention des caduques.

C'est dans les deux mois suivants, au cours des troisième et quatrième mois, que nous voyons intervenir les différents facteurs ci-dessus cités pour produire d'une part l'avortement en deux temps et d'autre part la rétention de l'arrière-faix, si fréquemment observée à cette époque. En effet, si les contractions utérines ont été assez puissantes pour rompre la poche des eaux et pour expulser l'embryon, qui est relativement d'un petit volume, elles

sont quelquefois impuissantes pour décoller complètement le placenta et expulser les annexes qui sont plus volumineuses. Ensuite, si pendant l'avortement le col s'est dilaté autant qu'il est nécessaire pour livrer passage à un fœtus d'un certain volume, cette dilatation ne sera plus suffisante pour le passage d'un placenta plus volumineux, et, comme nous l'avons déjà vu, le col n'a pas encore subi à cette époque les modifications et le ramollissement qu'on constate à terme ; il oppose par conséquent une plus forte résistance aux contractions utérines.

D'autre part, les adhérences très fortes qui existent à cette époque de la grossesse entre le placenta et la paroi utérine, et au cours du quatrième mois entre les deux caduques ovulaire et utérine, adhérences qui seront plus intimes si c'est à un processus pathologique qu'est due la fausse couche, pourront retarder ou compromettre l'évacuation du placenta. La contractilité utérine insuffisante déjà à lutter contre le volume des annexes, sera impuissante à décoller ces adhérences.

Il résultera alors pour toutes ces raisons que, l'embryon expulsé, les annexes : placenta, amnios, chorion, ainsi que les caduques pourront, en partie ou en totalité, être retenues dans l'utérus.

Dans les avortements des troisième et quatrième mois on observe souvent le mécanisme suivant : sortie de l'embryon d'abord, dans un deuxième temps expulsion des parois ovulaires, et dans un troisième temps, expulsion de la caduque utérine. Connaissant ce mécanisme, il est facile de comprendre les différentes formes de rétention qui se produisent dans ces cas, suivant que l'arrêt du travail se fait après le premier temps ou après le second temps.

Il nous faut ajouter, avant de clore cette étude du mé-

canisme des rétentions placentaires, que dans les cas d'avortement d'œuf mort, la caduque, en partie ou en totalité, est presque toujours retenue.

Destinée de l'arrière faix retenu après l'avortement. — Que va-t-il advenir de ce placenta ou plutôt de ces annexes retenues en totalité ou en partie dans l'utérus ?

Voici les différents cas qu'on rencontre dans la pratique :

1^o Le placenta décollé, le délivre est retenu sans adhérence. — Dans ce cas la rétention est due à la faiblesse utérine incapable d'expulser le délivre. Cliniquement tout travail a disparu, le col s'est refermé.

Restera-t-il longtemps dans cet état ? Certains auteurs prétendent qu'il peut continuer à rester dans cet état pendant plusieurs jours, plusieurs semaines et même plusieurs mois sans occasionner aucun trouble.

Nous pensons, avec la majorité des auteurs, que si le placenta tarde à être expulsé, très rapidement il se putréfie, s'infecte, infecte l'utérus et nous verrons alors apparaître les symptômes généraux de la septicémie. Dans ces rétentions non adhérentes, les accidents hémorragiques sont exceptionnels.

Quelles modifications subit le placenta lorsqu'on n'intervient pas ?

Il sera, soit expulsé en bloc, soit insensiblement par petites parcelles entraînées au dehors sous formes de grumeaux, de granulations grisâtres ou brunâtres.

2^o Le placenta retenu est complètement adhérent. — Dans ces cas, les contractions utérines, après l'expulsion fœtale, disparaissent, le col se referme, un léger écoulement sanguin se fait pendant 3 ou 4 jours, puis tout cesse. Les femmes ne souffrant plus et ne perdant pas ne s'occu-

pent plus de cette rétention dont certaines ne se doutent même pas.

Que va-t-il advenir de ce placenta ainsi retenu adhérent ?

Il peut être expulsé ou continuer à loger dans l'utérus pendant un temps quelquefois très long. L'expulsion pourra se faire subitement, alors que la femme ne s'y attend guère ; une hémorragie formidable survient qui expulse le placenta, hémorragie qui a été quelquefois mortelle ; dans d'autres cas, le placenta se décolle en partie, produisant une hémorragie qui se répètera abondante ou légère à chaque nouveau décollement et tant que le placenta ne sera pas complètement décollé.

Le placenta expulsé peut être quelquefois très frais. Dans quelques cas, il présente des altérations de dégénérescence graisseuse ; il est moins épais, moins volumineux, comme ratatiné et offre une coloration grisâtre.

Mais très souvent il est expulsé putréfié.

Quelles sont les transformations que subit le placenta ainsi retenu adhérent ?

Certains auteurs prétendent que, dans ces cas, il continue à vivre, et ils ont même été jusqu'à dire que, vivant dans ces conditions, il continuait à augmenter de volume, à se développer. « Le fait est peu probable, dit Tarnier, car la circulation fœto-placentaire doit être considérablement réduite, sinon totalement supprimée. Il est plus facile d'admettre, pour expliquer cet état, une sorte de vie obscure, se maintenant par imbibition, comme cela a lieu pour les organes ou les tissus dépourvus de vaisseaux. » Toujours est il, dit Delestre, que le placenta peut être ainsi retenu plusieurs jours, plusieurs semaines, et même plusieurs mois sans subir de modifications.

D'autres auteurs croient que dans certains cas, le placenta ainsi retenu, a été absorbé et résorbé, et qu'à

aucun moment après l'expulsion du fœtus on n'aurait vu sortir de masse placentaire. Il est très probable et même certain que cette délivrance s'est faite, mais qu'elle a passé inaperçue, soit qu'elle ait eu lieu en bloc, lorsque la malade allait à la selle, et à son insu ; soit que, s'étant fragmenté, le placenta ait été éliminé par parcelles avec les lochies, avec des pertes secondaires, ou même au moment du retour des règles (Delestre).

3^o Le placenta est en partie décollé et en partie adhérent. — C'est dans ces cas qu'on a le plus à redouter les hémorragies graves. En effet, à chaque nouvelle contraction la partie libre du placenta tire sur celle qui est encore adhérente, et un fragment nouveau du placenta se décolle, les vaisseaux sanguins sont déchirés ; l'hémorragie continue donc plus abondante jusqu'au moment où le décollement est complètement achevé. Ces hémorragies répétées peuvent être très graves par leur abondance. Elles n'en anémient pas moins considérablement la malade par leur persistance. Les femmes ainsi affaiblies sont plus prédisposées que d'autres aux infections, et celles-ci seront fréquentes, car les parties du placenta décollées sont vouées à la putréfaction.

4^o Le placenta a été expulsé en partie, tandis qu'une de ses portions est restée adhérente à la paroi utérine. — Ici encore les deux grandes complications, hémorragie et infection, sont à redouter.

CHAPITRE II

PRONOSTIC DES RÉTENTIONS PLACENTAIRES APRÈS L'AVORTEMENT

Quelles seront les complications immédiates ou éloignées auxquelles va donner lieu la rétention placentaire ?

Quel sera le pronostic de ces complications ? Que vont devenir les femmes ayant dans l'utérus ce placenta ?

Certains auteurs disent que si l'on prend des mesures antiseptiques, le pronostic des rétentions placentaires n'est pas grave, et, à l'appui de cette bénignité, ils citent plusieurs observations de rétentions placentaires prolongées n'ayant déterminé aucun accident. Dans une observation même, une nouvelle fécondation se produisit, l'accouchement fut normal et le déliyre de la première conception ne fut rendu que plusieurs mois après l'expulsion du second.

Mais en est-il toujours ainsi ? Non, et le plus souvent ces femmes sont exposées à deux complications redoutables : l'hémorragie et la septicémie.

En effet, si le placenta, complètement adhérent, peut rester dans cet état pendant un laps de temps très variable sans que la femme accuse aucun trouble, il arrivera un moment, comme nous l'avons déjà dit, où la femme,

pour une cause inconnue au moment où elle s'y attend le moins, est prise subitement de douleurs lombaires et hypogastriques, douleurs très fortes accompagnées d'une hémorragie très grave.

Ce sont les contractions utérines qui auront décollé en partie ou en totalité le placenta. Ces hémorragies subites, nous le savons, peuvent être considérables ; rapidement les extrémités de la malade se refroidissent, les tissus se décolorent, la face devient d'une pâleur cadavérique, le pouls est petit et fréquent, la bouche sèche, la soif ardente ; à ces symptômes viennent s'ajouter l'anxiété et l'agitation de la malade, qui a des troubles de la vue, des bourdonnements d'oreilles, la sensation d'étouffement, du manque d'air, des tendances syncopales allant en s'accroissant. Il semble que l'on voie la vie de la malade s'en aller avec son sang, et elle peut être enlevée rapidement dans une syncope finale.

Ce même tableau, on peut le rencontrer aussi dans le cas de placenta partiellement adhérent, qu'il soit emprisonné en entier ou en partie.

Ces hémorragies foudroyantes sont heureusement rares. Dans bien des cas, comme nous l'avons dit, l'hémorragie consiste dans un suintement continu interminable, mettant la femme dans un affaiblissement très marqué. D'autres fois, ce sont de petites hémorragies revenant d'une façon intermittente, dues aux nouveaux décollements placentaires, hémorragies qui, plus par leur fréquence que par leur abondance, anéantissent considérablement la malade. Leur état de dépression est tel qu'il suffit quelquefois d'une légère effusion sanguine pour amener la syncope ou la mort.

Est-ce là la seule complication qu'on ait à craindre ?

Non, une autre complication tout aussi importante que

l'hémorragie et même plus grave, menace constamment les jours de la femme. Nous voulons parler de la septicémie.

S'il est vrai que certaines femmes ont pu expulser au bout de plusieurs jours et même de plusieurs semaines des placentas dans un état très frais, et que d'autres fois, malgré la dégénérescence graisseuse subie, le placenta ne présentait aucune putréfaction ; s'il est vrai aussi que les femmes pendant tout le temps de leur rétention n'ont accusé aucun symptôme infectieux, de même que pendant les suites, doit-on pour cela se baser sur ces rares cas observés dans la science pour conclure qu'il en sera toujours de même, en prenant les précautions antiseptiques usitées en pareilles circonstances, en irriguant fréquemment le vagin avec des solutions antiseptiques, en maintenant les femmes au repos au lit ? Non, dans l'immense majorité des cas, ces annexes ainsi retenues finissent par se putréfier, la muqueuse utérine s'infectera et voici la septicémie qui apparaît avec tout son cortège symptomatique : grands frissons, élévation de la température, fréquence du pouls, fétidité des lochies ; et à côté de ces symptômes capitaux et presque constants, on voit survenir, dès que l'infection acquiert une certaine intensité, les signes communs aux états infectieux graves : facies rouge et vultueux dans les formes ataxiques ou, au contraire, terreux et pâle dans les formes adynamiques, sécheresse de la langue et soif vive, peau sèche et brûlante, urines rares et fréquemment albumineuses, paroles brèves et saccadées, insomnie avec subdélirium et agitation.

Et l'infection sera très fréquente pour plusieurs raisons.

D'abord dans la moitié des cas les avortements sont criminels, provoqués avec des instruments septiques et

souvent sans que des soins nécessaires aient été donnés aux femmes, le fœtus une fois expulsé. Quoi d'étonnant alors que ces avortements soient suivis d'infection et que celle-ci soit souvent très grave et très fréquemment mortelle, ainsi qu'on peut en juger par la statistique de Maygrier : sur 44 avortements criminels observés, la mortalité a atteint 56,81 p. 100.

Ensuite, d'après la statistique de Brion, le fœtus a succombé avant tout début de travail dans 45,85 p. 100 des avortements observés dans la clinique de Pinard ; il est facile alors de comprendre combien l'infection aura plus de prise sur ces placentas retenus, voués rapidement à la putréfaction, et il ne faut pas oublier qu'à la suite de ces avortements la caduque, ou du moins une grande partie de la caduque, est presque toujours retenue.

Si d'autre part l'on considère la fréquence des endométrites, causes prédisposantes aux avortements, on comprendra combien facilement les avortements, se produisant dans ces circonstances, auront des chances de se compliquer d'infection.

Ensuite peut-on jamais être sûr de l'asepsie du vagin et de l'utérus ? Peut-on affirmer qu'au cours des touchers répétés pour porter un diagnostic, ou qu'au cours des manœuvres manuelles ou instrumentales si fréquemment employées pour extraire le placenta, on n'ait pas infecté l'utérus ?

Il ne faut pas oublier aussi que très fréquemment les femmes qui avortent prennent bien rarement des précautions antiseptiques ; l'avortement n'ayant pas à leurs yeux la même importance que l'accouchement à terme.

Qu'y a-t-il d'étonnant, alors, après tout ce que nous venons de dire, que les femmes, ayant un placenta empri-

sonné dans leur utérus fassent facilement et rapidement de l'infection ?

Sont-ce là toutes les complications auxquelles sont sujettes ces femmes ?

Non, d'autres complications et non de moins importantes, quoique moins bruyantes, vont assombrir encore le tableau des accidents des rétentions placentaires post abortum.

Ici ce ne sont plus des complications immédiates ou précoces, comme l'hémorragie et la septicémie, mais des accidents éloignés.

D'abord les fortes hémorragies ou les faibles hémorragies souvent répétées auront beaucoup affaibli la femme. Son état général n'est plus le même qu'autrefois. La moindre maladie intercurrente s'abat sur elle, elle trouve sur cette femme un terrain faible ; et beaucoup de temps se passera avant que ces femmes récupèrent leur état de santé antérieur, si même jamais elles le récupèrent. Il en sera de même pour les femmes qui ont échappé à la mort par septicémie ; elles mettront plusieurs mois et même plusieurs années avant de se rétablir.

Ensuite si les femmes ont échappé aux deux complications redoutables : l'hémorragie et la septicémie, elles n'en sont pas moins sujettes, par suite de la longue rétention du placenta dans leur utérus, aux autres infections de la sphère génitale moins bruyantes mais assez graves : et personne n'ignore combien sont fréquentes les endométrites, les salpingites, les phlegmons du ligament large, etc., à la suite des avortements incomplets.

Pour Bossi il ne fait aucun doute que, dans le plus grand nombre des cas de gynécologie, il faut rechercher l'explication étiologique de la maladie dans des avortements précédents et mal soignés.

« On n'empêchera pas, dit Doléris, que la fausse couche en général, mais surtout la fausse couche avec rétention prolongée du délivre, ne soit un des grands facteurs des affections utérines et ne soit trop souvent le départ d'affections chroniques d'une gravité incontestable. » (Doléris.)

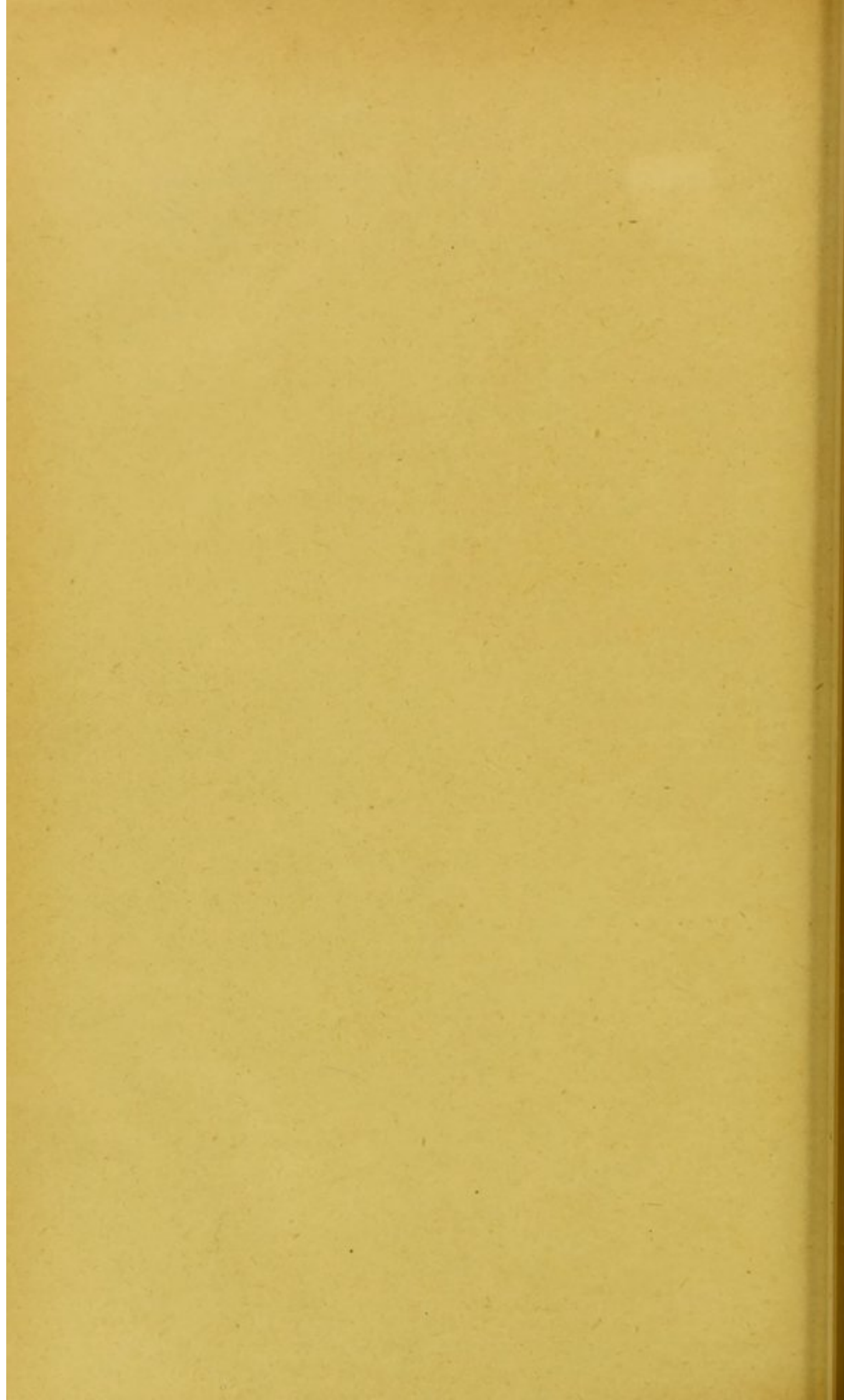
« L'expulsion prématurée de l'œuf, dit Doléris, surprenant l'utérus gravide à une période incomplète de l'évolution histologique qui doit l'amener à une transformation importante de son tissu musculaire est une cause reconnue du retard dans l'involution utérine. Le séjour prolongé de l'œuf ne fait qu'accroître cette fâcheuse prédisposition. Il en résultera nécessairement, après l'expulsion, un trouble marqué dans la restitution *ad integrum* du tissu. Il n'est pas de gynécologue qui n'ait reconnu dans ce cas, la fréquence de l'hypertrophie persistante, avec épaissement, infiltration, mollesse et atonie des parois, congestions passives, lourdeur, flux sanguin exagéré au moment du retour des règles et dans les périodes menstruelles ultérieures. C'est là une variété de fausse métrite caractérisée, en dehors de toute affection avérée, par l'augmentation de volume, la lourdeur, la sensibilité de l'organe, les pesanteurs et les maux de reins, la métrorrhagie. Cet état pathologique peut entraîner des troubles de statique et nécessite une surveillance attentive ainsi qu'un traitement prolongé. » (Doléris.)

N'oublions pas de citer, parmi les complications éloignées, la fréquence de la stérilité à la suite de l'avortement. Cette stérilité est due aux altérations de la muqueuse, aux modifications de la structure générale de la matrice, aux déformations, déviations, lésions des annexes. Toutes ces lésions sont causées par les rétentions placentaires.

Ces causes, dit Doléris, diminuent ou détruisent la probabilité des fécondations ultérieures.

Sont-ce là encore toutes les complications dues aux rétentions de l'arrière-faix?

Non. La persistance dans l'utérus de simples débris ovulaires déciduaux et surtout villex est parfois le point de départ de néoformations bénignes ou malignes, telles que môles, déciduomes bénins ou malins.



DEUXIÈME PARTIE

ÉTUDE CRITIQUE DES DIFFÉRENTES MÉTHODES EMPLOYÉES DANS LA THÉRAPEUTIQUE DES RÉTENTIONS PLACENTAIRES POST-ABORTUM, COMPLIQUÉES OU NON.

Connaissant maintenant les complications immédiates ou éloignées des rétentions placentaires, nous allons passer en revue les différentes méthodes proposées pour les combattre ou pour les prévenir.

Deux cas vont se présenter en clinique :

1^o Les rétentions placentaires sont compliquées d'hémorragie sérieuse ou de septicémie ;

2^o Les rétentions placentaires ne sont compliquées d'aucun accident.

Nous allons étudier dans deux chapitres différents les méthodes employées dans chacun de ces deux cas.

CHAPITRE PREMIER

MÉTHODES EMPLOYÉES DANS LA THÉRAPEUTIQUE DES RÉTENTIONS PLACENTAIRES COMPLIQUÉES D'HÉMOR- RAGIE SÉRIEUSE OU DE SEPTICÉMIE.

Tout le monde est d'accord dans ces cas d'évacuer rapidement l'utérus. Il n'y a que quelques auteurs qui fassent exception à cette règle, seulement lorsque la rétention se complique d'hémorragie.

Dans ces cas ils emploient soit le tamponnement vaginal et surtout utéro-vaginal, soit les injections intra utérines, soit les ballons, soit le seigle ergoté.

Brindeau, parlant du tamponnement utéro-vaginal, dit que c'est un excellent procédé dans les hémorragies de l'avortement, car on n'a pas à craindre ici la transformation de l'hémorragie externe en hémorragie interne, la cavité étant trop petite pour se laisser distendre. Un tamponnement bien fait, dit-il, ne se laisse généralement pas traverser. On lui reproche de favoriser l'infection. Cependant, dit Brindeau, si on le fait proprement et si on ne le laisse pas plus de douze heures, cette complication n'est pas à craindre. Ce procédé, dit-il, provoque les contractions utérines et très souvent on trouve l'œuf descendu derrière le tampon. Tel n'est pas l'avis de Chaleix-

Vivie et Audebert qui, ayant pratiqué plusieurs fois le tamponnement utérin, n'ont vu qu'une seule fois l'expulsion spontanée se faire à sa suite.

Tarnier, parlant du tamponnement, dit qu'il peut être suivi de mort, soit « par septicémie, soit par pénétration du sang ou de l'iodoforme dans les trompes et la cavité péritonéale ».

Pour beaucoup de partisans du tamponnement vaginal ou utéro-vaginal, ceux-ci ne doivent être que provisoires ; ils ne l'emploient que dans les circonstances suivantes : soit que l'on ne puisse pas opérer immédiatement et que l'hémorragie grave et pressante oblige d'y parer au plus tôt, Chaleix-Vivie et Audebert en sont partisans dans ces conditions ; soit que l'état général grave de la malade contre-indique une intervention immédiate.

Doléris et beaucoup d'autres auteurs avec lui rejettent complètement le tamponnement intra-utérin dans les hémorragies par rétention placentaire. Le seul traitement pour eux consiste dans l'évacuation hâtive de l'utérus.

Quelques auteurs conseillent dans les cas d'hémorragie grave d'avoir recours aux injections intra-utérines d'eau bouillie à 50°. C'est un procédé trompeur. Elles peuvent arrêter pour un moment l'hémorragie, mais celle-ci reparaitra plus tard aussi abondante et aussi grave. C'est un traitement symptomatique et nullement curatif. On traite l'effet, mais on laisse la cause.

Contre les hémorragies on a conseillé aussi, comme nous l'avons déjà dit, l'introduction dans l'utérus de différents ballons. Les reproches qu'on leur fait sont les suivants : il faut en avoir un de prêt et préparé antiseptiquement ; le ballon peut crever et être expulsé prématurément, ce qui peut, dans ce cas, où il est employé comme agent d'hémostase, causer un désastre. Mais le reproche

le plus important qu'on puisse lui faire est le suivant : le ballon, par ses parois lisses, sa forme forcément sphérique et régulière, ne s'adapte pas exactement, comme peut le faire le tampon, à la forme de la cavité utérine ; il sera par conséquent inefficace (Chaleix-Vivie et Audebert).

Nous n'insisterons pas sur le seigle ergoté qui a été employé par certains auteurs dans les hémorragies par rétention placentaire ; il est à très juste titre complètement rejeté dans ces cas.

En dehors des hémorragies au sujet desquelles les auteurs diffèrent un peu pour leur traitement, tout le monde est d'accord, dans les cas d'infection, d'évacuer rapidement l'utérus.

Les deux seules opérations en présence pour obtenir ce résultat sont : le curage digital et le curettage instrumental ou les deux opérations associées. Nous étudierons dans la 3^e partie ces deux opérations, ainsi que leurs indications suivant les auteurs.

Nous n'insisterons pas sur les procédés palliatifs employés autrefois contre les infections compliquant les rétentions placentaires et qui étaient : l'injection intra-utérine, l'irrigation continue, le tamponnement intra-utérin. Ces procédés laissent dans l'utérus le placenta, cause de tout le mal ; ils sont par conséquent insuffisants et par là même dangereux. Tout le monde heureusement est d'accord pour les proscrire d'une façon absolue dans les infections compliquant les rétentions placentaires. Dans les infections, tant qu'il y a quelque chose dans l'utérus, on n'obtiendra rien, tant que celui-ci ne sera pas complètement évacué.

CHAPITRE II

MÉTHODES EMPLOYÉES DANS LA THÉRAPEUTIQUE DES RÉTENTIONS PLACENTAIRES NON COMPLIQUÉES

Lorsque la rétention du délivre ne s'accompagne d'aucun accident, les uns sont d'avis d'attendre, prêts à intervenir à la moindre complication ; les autres, et ils sont la majorité, sont partisans d'évacuer rapidement l'utérus pour prévenir les complications ; d'autres sont partisans de méthodes diverses que nous étudierons plus loin. D'où les trois méthodes suivantes :

- 1° Méthode expectative armée ;
- 2° Méthode interventionniste ;
- 3° Méthodes diverses.

Ces trois méthodes, nous les étudierons séparément dans trois articles différents.

ARTICLE PREMIER

Méthode expectative armée

Nous étudierons d'abord la méthode ; nous étudierons ensuite les arguments de ses partisans et les objections de ses détracteurs.

Voici en quoi consiste cette méthode : une femme est en travail d'avortement ; l'embryon ou le fœtus étant expulsé, pense-t-on qu'une partie ou la totalité de la délivrance est restée emprisonnée dans l'utérus, la première chose à faire c'est de mettre la femme au lit, d'être très sobre de touchers, de lui donner deux fois par jour des injections vaginales antiseptiques, de prendre régulièrement deux fois par jour la température et le pouls et de surveiller l'écoulement qui se fait par la vulve, hémorragies, lochies, etc. Si tout va bien, s'il n'y a pas d'élévation de température, s'il n'y a pas d'hémorragie capable d'élever le pouls d'une façon permanente au-dessus de 100 pulsations à la minute (Pinard), si les lochies ne sont pas fétides, dans ces cas il n'y a rien à faire ; on n'a qu'à continuer la surveillance et les mesures antiseptiques et attendre qu'un nouveau travail se produise qui expulsera le reste ou la totalité du délivre.

Parmi les partisans les plus ardents de l'expectation, en France, citons Pajot, Depaul, Bailly, Tarnier, de même Gerbaud, dans sa thèse d'agrégation. Cette même conduite expectative, nous la retrouvons dans les thèses de Genesteix (1886), inspirée par Budin ; Bourgogne (1891), inspirée par Pinard ; Vibert (1891), inspirée par Tarnier. Depuis cette époque, Pinard et Budin ont évolué et sont devenus interventionnistes convaincus.

Quels sont les arguments qu'invoquent les partisans de l'expectative armée en faveur de leur méthode ? Ils se basent d'abord sur de nombreuses observations où, malgré une très longue rétention du placenta, celui-ci a été expulsé à l'état frais sans la moindre putréfaction ; ils ont remarqué ensuite que chez beaucoup de femmes, l'élimination du placenta se faisait progressivement et sans infection si l'on prenait les mesures antiseptiques néces-

saïres ; ils se basent enfin sur la rareté des hémorragies, 3 fois seulement sur 530 cas d'avortement observés dans le service de Pinard et relatés par Brion dans sa thèse, et surtout sur les statistiques démontrant la bénignité du pronostic dans l'expectation. En voici une récente, de Budin, à la Maternité, partant du 10 janvier 1895 au 1^{er} juillet 1897, dans laquelle on voit que sur 230 cas d'avortement traités par l'expectation armée, on n'a eu que 4 morts à signaler. Dans ces conditions, disent-ils, il n'est pas nécessaire de faire subir à une femme une intervention telle que le curage ou le curettage qui, tout au moins, serait inutile, attendu qu'en attendant un peu, on verra l'expulsion de l'arrière-faix se faire spontanément.

Tels sont leurs arguments.

Que leur répondent les interventionnistes ?

La malade doit rester couchée, disent les partisans de l'expectation. Si une femme aisée peut, à la rigueur, si elle le désire, rester couchée pendant plusieurs jours pour éviter une intervention, peut-on obliger une femme qui a besoin de gagner sa vie à rester pendant plusieurs jours au lit, et sait-on même pour combien de temps ? Si chez la première une surveillance de tous les moments est possible, et encore est-elle illusoire, car pour qu'elle fût efficace, il faudrait qu'il y eût constamment auprès d'elle une personne expérimentée, un médecin, pour pouvoir intervenir immédiatement si une hémorragie subite et très grave venait à se produire ; si donc même chez la femme aisée on ne peut, en règle générale, compter sur une pareille assistance, raison de plus pour que cette surveillance soit impossible chez la femme indigente, à moins qu'elle ne soit hospitalisée. Mais pense-t-on au médecin de campagne qui soigne une femme pour un avortement,

et qui lui laisse emprisonné dans son utérus un placenta qui peut, d'un moment à l'autre, se décoller et occasionner une hémorragie grave ? Qui pourra venir en aide à cette femme, loin du médecin à plusieurs kilomètres, et lorsqu'il arrivera, ne sera-t-il pas trop tard ?

Les partisans de l'expectation disent que ces hémorragies très graves sont très rares et ils se basent sur quelques statistiques hospitalières ; mais toutes ne sont pas aussi bénignes que celles de Brion et, si nous consultons la statistique de Rimette, sur 1437 avortements recueillis par lui à la Maternité de l'Hôpital St-Antoine, 414 ont eu soit de la rétention, soit des hémorragies sérieuses. Par conséquent, les hémorragies sont loin d'être rares.

Mais en serait-il de même en clientèle privée, où les femmes, malgré leur rétention placentaire, vaquent à leurs occupations et gardent très rarement le lit et chez lesquelles par conséquent la moindre fatigue prédispose aux hémorragies ?

A propos des hémorragies, nous allons citer une *observation personnelle et inédite* : il s'agit d'une malade qui était en traitement il y a quelques mois à l'Hôpital de Rothschild dans le service de notre maître le docteur Zadoc-Kahn. Elle était enceinte d'environ 4 mois. Depuis quelques jours elle perdait un peu de sang et avait des contractions utérines. Voulant éviter l'avortement, on lui avait administré des lavements landanisés, ordonné le repos au lit et des injections vaginales très chaudes ; malgré ce traitement suivi pendant trois ou quatre jours, la femme un matin expulse un fœtus d'environ quatre mois.

A la suite de cette expulsion la femme continue à perdre un peu de sang, mais jusqu'à présent rien d'inquiétant.

On lui donne plusieurs injections vaginales très chaudes au cours de la journée ; vers deux heures de l'après-midi, le jour même de l'expulsion fœtale, nous sommes appelés d'urgence auprès de la malade parce qu'elle perdait beaucoup de sang.

En effet, en découvrant la femme nous trouvons les draps ensanglantés. La femme se sent faible, le pouls monte à 110 et 120 par minute. En présence de cet état général sérieux, nous nous décidons à intervenir.

Après antisepsie complète de la vulve et du vagin, la femme ayant été placée en position obstétricale dans son lit, nous introduisons, sans anesthésie préalable, très doucement, deux, puis trois, puis quatre doigts de la main droite dans le vagin ; la main gauche appuie fortement sur le fond de l'utérus et l'abaisse. Sûrement cette manœuvre était douloureuse, mais pas aussi douloureuse qu'on le pense. Les doigts évacuent rapidement les caillots qui obstruent le vagin et, après avoir reconnu l'orifice utérin très ramolli et très dilaté, nous introduisons un doigt dans la cavité utérine et nous extrayons morceau par morceau le placenta, qui était adhérent en partie.

L'opération terminée, nous vérifions s'il ne reste plus de portions placentaires. Immédiatement après l'extraction de l'arrière-faix l'utérus se contracte fortement et l'hémorragie s'arrête net. Nous donnons une grande injection intra-utérine à l'eau iodée suivie d'une autre à l'eau bouillie très chaude ; nous appliquons un pansement vulvaire et, par mesure de prudence, nous faisons une injection sous-cutanée d'un gramme d'ergotine. Les suites ont été bonnes, pas de température et le pouls est revenu le lendemain à la normale ; vers le 4^{me} jour les lochies étant un peu aigrettes et légèrement odorantes,

malgré l'absence de température, nous avons fait une injection intra-utérine de plusieurs litres d'eau iodée suivie d'une autre à l'eau bouillie. La femme a quitté quelques jours après le service en très bon état.

Chaleix-Vivie et Audebert et d'autres auteurs citent plusieurs observations d'hémorragies très graves.

Nous revenons à notre discussion. Les partisans de l'expectation n'interviennent que lorsqu'il y a eu élévation de température et fétidité des lochies.

« L'odeur fétide, dit Doléris, prouve que déjà l'ennemi est établi dans la place. L'hyperthermie, comme l'odeur dénote l'infection déjà existante. Elle révèle mieux encore que ne le fait l'odeur fétide, qu'un ennemi dangereux est établi dans la place. »

Ne risque-t-on pas, par conséquent, dans ces cas, d'intervenir alors que l'infection est déjà installée ?

Et puis, est-il toujours facile de percevoir à leurs débuts ces deux symptômes, surtout dans la clientèle privée ?

L'absence de fétidité des lochies et d'élévation de température sont-elles suffisantes pour dire qu'il n'y a pas de putréfaction placentaire, qu'il n'y a pas d'infection latente ?

Les lochies, dit Brindeau, peuvent ne pas sentir mauvais, mais si l'on pratique le toucher intra-utérin, on ramène le doigt enduit d'un liquide putréfié. On doit savoir, dit-il, que l'œuf peut se putréfier sans qu'il y ait réaction thermométrique.

D'autre part, en ensemençant des débris ovulaires provenant d'avortement, on s'aperçoit qu'ils contiennent souvent des germes même dans des cas où la femme n'avait présenté aucune réaction infectieuse (Brindeau).

Par conséquent, on risque de nouveau, en attendant la fétidité des lochies ou l'élévation de température pour

intervenir, d'arriver un peu tard, alors que des lésions infectieuses ont eu déjà le temps de se produire.

Ensuite, nous avons vu que la mortalité dans l'expectation armée était de 4 sur 230 cas, soit environ 2 %₀. Doit-on dédaigner une pareille mortalité ?

ARTICLE 2

Méthode interventionniste.

Après avoir étudié la méthode expectative, nous allons voir en quoi consiste la méthode interventionniste, et quels sont les arguments de ses partisans.

Les partisans de cette méthode sont actuellement la majorité et ils basent leur conduite sur les dangers multiples que peut faire courir à la femme la rétention prolongée du délivre. Ces dangers nous les connaissons, ce sont : les hémorragies subites et graves ou les hémorragies intermittentes et prolongées qui anémient la femme; la putréfaction facile et communément observée du délivre qu'il soit complètement adhérent, partiellement adhérent, ou complètement décollé ; dans ces deux derniers cas, la putréfaction est plus fréquente ; la septicémie, sous toutes ses formes, depuis les plus légères jusqu'aux plus graves.

Tels sont les accidents immédiats ou précoces qui sont loin d'être rares. On n'oubliera pas les accidents éloignés déjà cités plus haut auxquels sont sujettes les femmes présentant une rétention prolongée du délivre : infection de partie ou de la totalité de la sphère génitale survenant à plus ou moins brève échéance et consécutive à cette rétention prolongée ; involution incomplète à la

suite du long séjour du placenta ou des membranes et des caduques ; subinvolution, entretenant et déterminant une congestion passive dans l'utérus, une diminution dans sa force de résistance, cause de beaucoup d'affections génitales.

Ensuite nous avons les tumeurs bénignes ou malignes ci-dessus décrites qui sont consécutives à une rétention complète ou partielle de l'arrière-faix.

Les médecins, dit Doléris, considèrent le danger des rétentions placentaires comme beaucoup moindre qu'il ne l'est en réalité. « Le pourquoi, dit-il, me paraît résider simplement dans ce fait que dans les cas d'avortement les femmes meurent moins fréquemment et avec moins de soudaineté que lorsqu'il s'agit de la rétention du délivre dans les derniers mois. Mais elles n'en meurent pas moins trop souvent, et trop souvent aussi elles n'en restent pas moins très malades. »

Mais ils basent aussi leur conduite sur une autre considération. L'impossibilité très fréquente dans laquelle on se trouve de surveiller attentivement une femme et de pouvoir surprendre le premier symptôme annonçant une putréfaction placentaire ou une élévation de température, qui souvent sera passagère, et passera par conséquent très facilement inaperçue et même, disent-ils, lorsqu'on est en présence de ce symptôme, n'est-il pas déjà tard ? Ne court-on pas le risque dans ces cas d'intervenir alors que l'infection est déjà constituée ; et par conséquent les chances de succès seront moindres.

Voici leur conduite :

Citons d'abord Doléris, qui en France, dès 1885, s'est fait le champion le plus ardent de l'intervention dans les rétentions placentaires, même lorsqu'elles n'étaient pas compliquées d'accidents.

Il a dû lutter contre Tarnier et les accoucheurs de l'époque. Leur résistance n'a pas été de longue durée, et ils ont fini par reconnaître le bien-fondé de sa méthode et actuellement la plupart sont devenus interventionnistes.

« Nous devons avouer, dit Brindeau, que la plupart des auteurs, qui voilà une dizaine d'années, étaient de l'avis de Tarnier, tendent à devenir de plus en plus interventionnistes et il est facile de voir que la grande majorité de ses élèves a évolué dans ce sens »

Parmi les interventionnistes de la première heure, citons aussi Charpentier, Audebert et Miraschi.

Quelle est la conduite de Doléris et à quel moment intervient-il ?

Il intervient dès qu'il y a arrêt dans la marche du travail : « On s'aperçoit, dit-il, une fois le liquide amniotique écoulé et le petit fœtus sorti, que le col se referme, emprisonnant l'œuf partiellement ou complètement décollé avec le sang et les caillots qui l'accompagnent ; que les contractions s'arrêtent, que le corps de l'utérus reste mou et flasque ; on prévoit avec raison que les choses vont en rester là pour le moment. Il s'agit ici, dit-il, *de l'avortement raté*, de la rétention avérée. » C'est dans ces cas qu'il intervient et il n'intervient que par le curettage.

Beaucoup d'autres auteurs basent aussi leur conduite interventionniste sur l'arrêt du travail.

D'autres attendent pour intervenir un laps de temps variant pour chacun de 6, 12 ou 24 heures après l'expulsion du fœtus ; ce temps écoulé, que la rétention soit ou non compliquée, ils interviennent. Certains même sont d'avis dans certains cas d'intervenir plus tôt. Ils interviennent immédiatement, soit dans les deux premières heures qui suivent l'expulsion du fœtus, dans les cas suivants :

1° Lorsqu'on aura la certitude ou la présomption qu'il y a eu manœuvres abortives, les complications étant alors le plus à craindre Noble et Maygrier ont insisté beaucoup sur ce point ;

2° Que l'avortement est septique : touchers fréquents, tentatives antérieures de délivrance ;

3° Que les membranes se sont rompues prématurément, ou que l'enfant est macéré ;

4° Lorsque la femme ne pourra pas être surveillée après l'expulsion de son fœtus ;

5° Dans le cas d'avortement gémellaire à cause du volume exagéré du placenta et de sa plus facile rétention.

Les interventionnistes, qu'ils interviennent dès qu'il y a arrêt du travail, ou qu'ils interviennent dès qu'un temps s'est écoulé après l'expulsion du fœtus, l'intervention consiste pour tous dans l'évacuation complète de l'utérus. Les moyens pour y parvenir varient suivant les auteurs, les uns sont partisans du curage digital, les autres du curettage instrumental, d'autres de ces 2 opérations associées.

En résumé les interventionnistes sont tous d'accord pour évacuer l'utérus ; ils ne varient que : 1° sur le moment de procéder à cette évacuation ; les uns intervenant dès qu'il y a arrêt du travail, les autres n'intervenant que lorsque l'expulsion du délivre n'a pas eu lieu après un temps variable suivant les auteurs, mais qui ne dépasse jamais 24 heures ; et 2° sur les moyens à employer pour évacuer l'utérus ; les uns sont partisans du curage digital, les autres du curettage instrumental et d'autres de ces deux opérations associées. Nous étudierons ces 2 opérations dans la troisième partie, ainsi que leurs indications suivant les auteurs.

ARTICLE III

Méthodes diverses.

En dehors des partisans des deux méthodes tranchées, ci-dessus décrites, l'expectative et l'interventionniste, dans le traitement des rétentions placentaires non compliquées, nous avons des auteurs qui sont partisans d'autres méthodes.

Leur conduite diffère des précédentes, soit sur l'un des deux points suivants, soit sur les deux à la fois, qui sont :

1^o Sur la conduite qu'ils adoptent en présence d'une rétention non compliquée ;

2^o Sur les moyens qu'ils adoptent pour évacuer l'utérus.

1^o Pour le premier point, voici, par exemple, la conduite mixte que conseille A. Fruhinsholz, dans son remarquable article : Avortement de la pratique Médico-Chirurgicale. Il envisage les deux cas suivants :

a) On est appelé auprès d'une femme, 24 heures après l'expulsion fœtale. On proposera alors le curage digital, si elle refuse on pourra prolonger l'attente à condition que la parturiente reste couchée et soit constamment sous la surveillance d'une garde expérimentée.

b) Si l'on est appelé à se prononcer quelques jours après que la rétention existe, s'il s'agit d'une femme qui est obligée de travailler, il faut évacuer l'utérus en introduisant un petit ballon de Champetier de Ribes qui provoque en général derrière lui une expulsion spontanée des enveloppes ovulaires, ou du moins ouvre l'utérus à

une intervention. Si la femme peut être surveillée, on lui proposera l'intervention ; si elle refuse on fera comme dans le premier cas, séjour au lit et surveillance continue.

Ribemont-Dessaignes et Lepage disent qu'il ne peut y avoir de conduite unique. Elle doit varier suivant les conditions dans lesquelles se trouve la femme, suivant les soins qui lui peuvent être donnés, et, il faut bien le dire, suivant le désir qu'elle exprime.

Néanmoins, disent-ils, l'expectation armée est d'autant plus rarement indiquée que très souvent l'avortement a été provoqué dans un but criminel et qu'il survient tôt ou tard des accidents qui forcent à intervenir.

En somme, ces auteurs sont surtout interventionnistes, un petit peu amendés par les circonstances qu'impose souvent la pratique.

2° Moyens adoptés pour évacuer l'utérus dans les rétentions placentaires non compliquées, en dehors du curage digital et du curettage instrumental, dans les cas de rétention non compliquée.

Quelques auteurs ayant obtenu de bons résultats d'autres procédés moins importants que le curage digital et le curettage et plus faciles, ils en sont devenus partisans, tout en étant convaincus de l'excellence de la méthode interventionniste.

Voici résumés les différents procédés qui permettent d'exciter la contraction utérine et d'espérer une expulsion spontanée :

a) Les injections intra-utérines très chaudes à 45° ou 50° avec comme antiseptique l'iode qui est peu toxique. On a rejeté l'acide phénique, le sublimé, etc., qui peuvent être retenus par le placenta et intoxiquer consécutivement la malade. Dans certains cas rares, ces injections intra-

utérines ont pu provoquer l'expulsion de l'arrière-faix.

b) L'introduction dans l'utérus d'un petit ballon de Champetier de Ribes qui produit des contractions utérines, amenant le décollement et l'expulsion du placenta, en même temps qu'il prévient l'hémorragie par tamponnement intra-utérin. Il facilite ensuite, disent ses partisans, tels que Pinard, l'exploration de la cavité utérine avec les doigts. Ce procédé ainsi que le précédent ont donné quelquefois de bons résultats, mais le reproche très juste qu'on leur fait c'est qu'ils sont longs et très souvent infidèles.

c) Tamponnement vaginal et surtout utéro-vaginal. Bonnaire est un partisan convaincu du tamponnement intra-utérin, dans le but d'amener l'expulsion du placenta. Voici sa pratique : Après nettoyage antiseptique de la vulve et du vagin et cathétérisme de la vessie, la femme étant en position obstétricale, saisir le col avec une pince à griffe et la confier à un aide, faire une injection intra-utérine iodée, bourrer la cavité utérine avec une mèche de gaze iodoformée, étroite et longue, à l'aide d'une pince à pansement. On peut être arrêté quelquefois par le col qui se contracte ou par l'anneau de contraction de Bandl ; procéder alors avec douceur et prendre son temps. Pour qu'il soit efficace, il faut que le tamponnement soit serré. Sur 15 cas ainsi traités par Bonnaire, l'expulsion du placenta a eu lieu dans les 24 heures. M. de Rouville a obtenu de même récemment un excellent résultat.

Certains auteurs trouvent cette méthode facile et efficace. Efficace, c'est possible. Mais elle n'est pas plus facile qu'un curage digital, peut-être moins ; le curage a sur elle l'avantage de délivrer plus vite la femme et n'a pas les inconvénients du tamponnement qui risque de

l'infecter. Pour faire un tamponnement il faut de la gaze et des pinces, pour faire un curage les doigts suffisent. Pinard n'en est pas partisan.

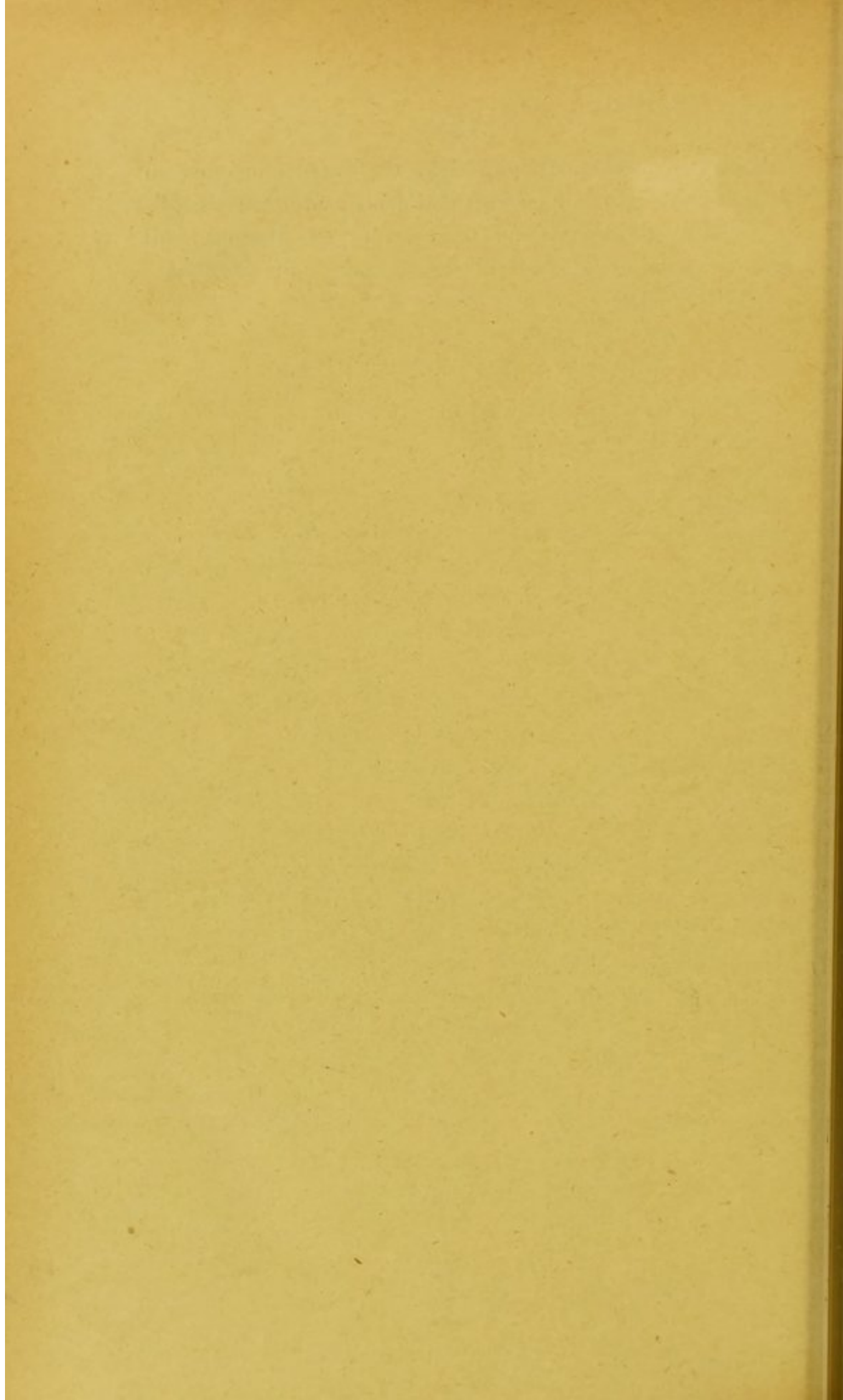
d) Médicaments ecboliques. Nombreux sont les médicaments qui ont été conseillés pour provoquer les contractions utérines et, par suite, expulser le placenta. Nous n'en retiendrons que deux : l'ergot de seigle, pour le proscrire et le sulfate de quinine, qui a été étudié par Miraschi (de Salonique), Cordes (de Genève) et Schwab (en France).

Cordes a fait paraître dans les Annales de Gynécologie de 1888 un intéressant travail sur les propriétés excito-motrices du sulfate de quinine.

De cette étude, il résulte que la quinine agit seulement sur le corps de l'utérus et non sur le col, comme le fait l'ergot de seigle, par conséquent, il produira des contractions utiles à l'expulsion et empêchera l'emprisonnement du délivre par la contraction du col.

Schwab considère la quinine comme un excellent utéro-moteur, une fois que le travail est déclaré, que la contractilité des fibres musculaires est mise en jeu. C'est un agent ocytocique, mais il n'est pas un abortif. Il ne peut pas produire la contraction utérine si elle n'existe pas. Au lieu de provoquer, comme l'ergot de seigle, des contractions permanentes continues, partant dangereuses, la quinine détermine des contractions toujours intermittentes, tout comme les contractions physiologiques. Schwab a obtenu de son emploi d'excellents résultats, ainsi que plusieurs observations en font foi. La dose qu'il conseille de donner est de 1 gr. de sulfate de quinine pris en deux cachets à 10 minutes d'intervalle. MM. de Rouville et Reynès en ont obtenu de même un excellent résultat en clientèle privée.

Le médicament est inoffensif et on ne risque rien en l'employant, mais il ne faut pas croire qu'il réussit toujours, par conséquent ne pas se fier absolument à lui pour l'expulsion de l'arrière-faix. Colomby, dans sa thèse, en est très partisan.



TROISIÈME PARTIE

ÉTUDE CRITIQUE DES DEUX INTERVENTIONS : LE CURAGE DIGITAL ET LE CURETTAGE INS- TRUMENTAL.

En étudiant la thérapeutique des rétentions placentaires nous avons souvent parlé de curage digital et de curettage instrumental comme moyens rapides d'évacuer l'utérus. Voici le moment d'en faire l'étude.

Dans un premier chapitre, nous exposerons la technique opératoire de ces deux opérations ; dans un deuxième chapitre, les avantages et inconvénients de ces deux opérations, leurs indications suivant les auteurs, et nous terminerons par la conduite de quelques auteurs dans la thérapeutique des rétentions placentaires compliquées ou non.

CHAPITRE PREMIER

TECHNIQUE OPÉRATOIRE DU CURAGE DIGITAL ET DU CURETTAGE INSTRUMENTAL

ARTICLE PREMIER

Curage digital

Faut-il faire l'anesthésie ?

La plupart des auteurs sont partisans de l'anesthésie parce que de cette façon, disent-ils, la paroi abdominale est relâchée et il est, par conséquent, plus facile de sentir et d'abaisser le fond de l'utérus ; ensuite l'introduction fréquente de toute la main dans le vagin est très douloureuse.

Nous pensons que l'anesthésie sera indiquée toutes les fois que la femme sera vigoureuse ou qu'il s'agira d'une femme pusillanime ; mais si le curage digital est pratiqué pour hémorragie très grave, ayant beaucoup affaibli la malade, il est préférable de s'abstenir. Dans notre observation nous n'avons pas eu recours à l'anesthésie.

Voici sa technique : Après avoir fait évacuer le rectum et la vessie, la femme sera placée en position obstétricale ; il serait préférable que la femme fût placée sur une

table gynécologique, les manœuvres ultérieures seraient d'autant plus facilitées ; mais on peut s'en passer et on s'abstiendra dans le cas de femme anémiée et très faible, le moindre mouvement pouvant être très grave.

La femme ainsi placée, on procèdera à un savonnage et nettoyage antiseptique très soigné de la vulve et du vagin, après avoir coupé ras les poils de la vulve. On donnera ensuite une injection vaginale antiseptique qui entraînera les caillots et les débris placentaires ; on s'aidera pour cela de deux doigts de la main droite qui seront introduits dans le vagin. Avant de procéder au curage digital proprement dit, donner une injection intra-utérine à l'eau bouillie ou faiblement antiseptique : eau iodée à 3 ‰ permanganate de potasse à 1 pour 4000, suivie toujours d'une injection à l'eau bouillie. On introduit alors progressivement dans le vagin la main droite enduite de vaseline stérilisée, les doigts en cône. Inutile de parler des précautions antiseptiques et aseptiques à prendre, tant au point de vue des mains de l'opérateur que des instruments ou de la malade. On connaît leur importance et on sait la façon d'y parvenir.

La main gauche est alors appliquée sur la paroi abdominale ; elle reconnaît le fond de l'utérus, l'abaisse légèrement, l'entraîne en avant et l'immobilise. L'index ou l'index et le médius de la main droite introduits dans le vagin reconnaissent l'orifice cervical et pénètrent dans la cavité cervicale qui est généralement dilatée ; si le col n'était pas dilaté, on tâchera de le dilater avec les deux doigts, et le plus souvent on y parvient facilement ; autrement on aurait recours, après avoir abaissé l'utérus, aux bougies d'Hégar, rarement aux ballons, tels que le petit ballon de Champetier de Ribes.

Les deux doigts étant introduits dans la cavité utérine,

on explorera méthodiquement cette cavité; on reconnaîtra la place occupée par le placenta, et alors, si le placenta est complètement décollé et libre, après s'être assuré qu'il ne reste aucun fragment adhérent à la paroi, on cherchera à l'entraîner au dehors. Si le placenta est partiellement ou complètement adhérent, on procèdera au décollement, de même on procèdera au décollement des cotylédons adhérents, s'il en existe.

Quelquefois le placenta est très adhérent à la paroi utérine. Il faut alors, procédant avec lenteur, sans violence, décoller avec le bout du doigt toutes ces adhérences. Lorsqu'on est sûr d'avoir tout décollé, on procèdera alors à l'extraction des morceaux placentaires ou du placenta en entier avec les doigts recourbés en crochet. Il arrive quelquefois qu'il est impossible au doigt d'extraire tous ces débris. Il ne faut pas alors, comme certains auteurs le conseillent, se servir de pinces pour saisir ces morceaux et les extraire au dehors. C'est dans ces conditions qu'on risque de produire des perforations utérines. Dans ces cas, Budin conseille l'expression abdomino-vaginale de l'utérus. En voici la description faite par lui même :

« Le placenta ayant été complètement détaché de la paroi utérine et se trouvant libre dans la cavité de l'organe, doit être dilacéré avec l'index ou le médius, s'il est volumineux ou si l'orifice utérin est petit, il est ainsi divisé en deux ou trois morceaux. Les doigts sont alors mis dans le cul de sac postérieur, ils le dépriment et s'appliquent sur la paroi utérine; leur face palmaire se trouve donc dirigée en haut, vers la symphyse pubienne. L'autre main, placée sur l'hypogastre, déprime fortement la paroi abdominale qui, pendant l'anesthésie, se trouve dans le relâchement complet. Avec les doigts recourbés

en crochet et avec la pomme de la main on appuie sur le fond et la face antérieure de l'utérus. L'organe se trouve ainsi saisi, puis comprimé ; le placenta ou les morceaux de placenta et de caduque passent à travers le col, ils tombent, chassés comme un noyau de cerise dans la paume de la main qui est dans le vagin.

Une fois l'utérus évacué, la main de l'opérateur pénétrera de nouveau dans le vagin et avec ses deux doigts fera une révision méthodique de toute la cavité utérine, en insistant particulièrement sur les cornes utérines où souvent il reste des débris placentaires.

Quelles sont les difficultés opératoires qu'on peut rencontrer au cours du curage digital ? Il arrive quelquefois au cours de l'opération qu'on éprouve de la difficulté à introduire un ou deux doigts, alors qu'au début de celle-ci l'utérus ayant été dilaté, on y rentrait facilement ; il ne faut pas se décourager, on recommencera la dilatation avec les bougies d'Hégar, et avec de la patience, on parviendra à le redilater.

D'autres fois le placenta, en partie ou en totalité, est tellement adhérent, qu'il est impossible de le détacher. Alors on aura recours au curettage. Tel n'est pas l'avis de Frühinsholz. On enlèvera, dit-il, le plus possible avec les doigts, mais jamais ne se servir de la curette. Si on a dû laisser, dit-il, des débris adhérents, faire de l'antisepsie de la cavité utérine, la garnir de gaze iodoformée et attendre. Quelquefois ces portions s'élimineront spontanément et sans accidents ; si des accidents surgissent, il sera temps, dit-il, d'intervenir secondairement par un nouveau curage, ou même alors par un *curettage instrumental* devenu dans ce délai beaucoup plus facile et moins dangereux.

Une fois le curage terminé on procèdera à une irriga-

tion intra-utérine avec un antiseptique très faible : l'eau iodée à 3 pour 1000 suivie d'eau bouillie, ou avec de l'eau bouillie ou du sérum stérilisé (7 grammes de chlorure de sodium pour 1000).

Le récipient sera toujours à une très faible hauteur de la malade (30 à 40 cent.) et on se servira d'une sonde à double courant.

Telle est la technique du curage digital type tel qu'on le pratique dans les cas de rétention non compliquée.

Mais si on procède au curage digital pour une complication de la rétention placentaire telle que hémorragie ou septicémie, il y a lieu de compléter le curage par d'autres interventions.

Dans les cas d'hémorragie on fera suivre l'extraction du délivre d'une injection intra-utérine de plusieurs litres d'eau bouillie à 48 ou 50°. Certains auteurs (Pinard, Chaleix-Vivie et Audebert, etc.) conseillent de faire suivre cette injection d'un tamponnement intra-utérin.

A. Fruhinsholz trouve le tamponnement au moins inutile. C'est notre avis, et nous pouvons ajouter qu'il peut être dangereux. Il est inutile, car la cause de l'hémorragie, la rétention placentaire étant supprimée, il n'y a plus de raison pour que l'utérus saigne. Les partisans du tamponnement craignent l'inertie utérine, mais ils la favorisent en tamponnant fortement l'utérus, car ils empêchent ainsi l'utérus de se rétracter. Un autre danger du tamponnement c'est qu'il empêche le drainage et favorise l'infection.

A la rigueur on pourrait mettre dans l'utérus une mèche de gaze stérilisée très faiblement tassée qui servira de drainage ; nous insistons sur le mot très faiblement tassée, afin que le drainage puisse bien se faire et que les sécrétions ne stagnent pas.

Nous préférons, l'utérus étant évacué, de faire pour plus de sécurité une injection sous-cutanée d'un gramme d'ergotine, pratique que nous avons suivie chez notre malade. Si l'hémorragie est accompagnée d'infection, on complètera par les procédés employés dans ce cas.

Le curage digital est-il fait pour infection ? Frùhinsholz conseille de cautériser la cavité utérine après l'extraction du délivre, avec la teinture d'iode, puis de drainer avec une mèche de gaze iodoformée laissée à demeure 24 heures; passé ce délai, il retire la mèche et il fait une injection intra-utérine.

Après une injection intra-utérine au sublimé à 1 pour 4000, Budin fait suivre le curage digital d'un bon écouvillonnage. « Quand, dit-il, deux ou trois écouvillons ayant été introduits ils ne ramènent plus rien, on en passe encore deux qui ont été plongés dans la glycérine créosotée au 1/5 ou à parties égales. On fait immédiatement après un lavage de la cavité vaginale pour enlever l'excès de créosote. »

Nous pensons qu'à la suite du curage digital pour infection il ne faut pas abuser des antiseptiques. « Il vaut mieux, dit Pozzi, dans un utérus modifié par la grossesse, des injections aseptiques que des injections antiseptiques. Même à doses faibles, les antiseptiques offrent des dangers, la surface d'absorption étant alors considérable ». On se contentera d'irrigations d'eau bouillie, dit-il, ou de sérum stérilisé. Par conséquent une fois le curage digital ainsi que l'écouvillonnage terminés on fera une injection intra-utérine de quatre litres d'eau iodée à 3 p. 1000 suivie de deux ou plusieurs litres d'eau bouillie. On cautérisera ensuite la cavité utérine de préférence à la teinture d'iode ; si on cautérise à la glycérine créosotée,

irriguer ensuite l'utérus très largement avec de l'eau bouillie.

Ce qui est très important c'est de drainer après le curetage digital et l'écouvillonnage dans les cas d'infection. Ce sera tantôt une mèche de gaze simple ou faiblement iodoformée, tantôt une mèche de gaze à l'ectogan ; cette mèche sera, comme nous l'avons déjà dit, très faiblement tassée pour permettre un bon drainage. Certains auteurs conseillent, si les phénomènes septiques sont nets, de mettre au centre de la mèche un tube à drainage : on obtient ainsi un double drainage, capillaire et tubaire, nous n'y voyons aucun inconvénient, mais beaucoup d'avantages.

Vingt-quatre heures, ou plutôt douze heures après, on retirera la mèche utérine, on fera une injection intra-utérine ensuite.

ARTICLE II

Curettage instrumental

Faut-il faire l'anesthésie ? Les uns en sont partisans, prétendant qu'ainsi l'opération est facilitée ; les manœuvres qu'on est obligé de faire n'étant pas douloureuses, la malade ne faisant pas de mouvements réflexes, on opère mieux. D'autres considèrent à juste titre qu'il est inutile dans l'immense majorité des cas d'avoir recours à l'anesthésie, l'opération étant très peu douloureuse. Un des grands avantages de cette pratique, c'est qu'on peut alimenter après l'opération la malade, ce qui n'est pas à dédaigner, surtout lorsqu'on intervient pour une hémorragie ou une infection ; ensuite dans ces cas les femmes sont très souvent affaiblies, elles supporteront mal l'anesthésie qui

aggravera le shock déjà existant par suite de ces deux complications.

D'ailleurs les observations de curetage sans anesthésie abondent et personnellement nous avons eu l'occasion, pendant le stage fait dans le service de M. Bonnaire, à Paris, de voir plusieurs femmes curettées sans anesthésie n'être pas très incommodées ; sûrement elles souffraient un peu, mais c'était très supportable. Donc pas d'anesthésie dans l'immense majorité des cas, sans compter, dit Pinard, qu'elle prédispose à l'hémorragie.

La désinfection de la vulve et du vagin ainsi que la préparation de la malade sont faites comme nous l'avons indiqué à propos du curage utérin et toutes les précautions antiseptiques ou aseptiques prises, tant au point de vue de l'opérateur que de ses aides et des instruments, précautions sur lesquelles il est inutile d'insister étant connues de tout le monde, la malade sera placée en position obstétricale.

Les champs opératoires ayant été disposés sur les deux cuisses, sur la région hypogastrique et sous le sacrum de la femme, on procède alors au premier temps de l'opération, qui consiste à découvrir le col et à l'abaisser.

Mais avant de procéder à ce temps, il est une règle importante qu'il ne faut pas oublier, c'est de faire le toucher bi-manuel : la main gauche étant appliquée sur la paroi hypogastrique, un ou deux doigts de la main droite introduits dans le vagin, on reconnaît la situation de l'utérus, sa forme, son volume, on note les déviations utérines s'il en existe, on examine complètement les culs de sac pour voir s'il n'y a pas quelque inflammation péri-utérine ; tous ces renseignements seront très précieux pour le curetage qui va suivre.

Pour découvrir le col, on peut se servir des valves va-

ginales, l'une supérieure, l'autre inférieure, qui seront confiées à un aide, mais une fois le col découvert, pincé, et abaissé, on peut se dispenser de la valve supérieure. Le col pincé, on abaisse l'utérus à l'aide de la pince qui le maintient. Tantôt l'utérus descend facilement, tantôt il ne descend pas ; dans ce dernier cas, il ne faut pas insister, il est probable qu'il est immobilisé par des inflammations péri-utérines et il faut se garder dans ces conditions de l'abaisser, on pourra curetter l'utérus sans avoir recours à l'abaissement. Une question se pose ici : dans les cas d'inflammation péri-utérine, le curettage utérin est-il contre-indiqué ?

Dans l'immense majorité des cas, en prenant les précautions voulues, c'est-à-dire en y procédant avec douceur et sans mobiliser l'utérus, on pourra procéder au curettage. Le col abaissé ou non, celui-ci sera tantôt largement ouvert et permettra facilement l'introduction de la curette, tantôt il sera fermé. Dans ce dernier cas, on procèdera à sa dilatation. Quelques auteurs ont recours avant l'opération à la dilatation, soit à l'aide de ballons, soit à l'aide de lamineaires. Ces dilatations sont très lentes et comme très souvent on est obligé d'intervenir rapidement, on aura recours seulement à la dilatation à l'aide des bougies d'Hégar ; on poussera cette dilatation progressivement en commençant par les petits numéros, et on poursuivra jusqu'à ce que le canal cervical soit largement perméable à la curette.

« La dilatation complète est ici une des meilleures garanties de la sécurité opératoire » (Chaleix-Vivie et Audebert). On ne procèdera jamais à la dilatation à l'aide des dilatateurs à 2 ou 3 branches divergentes ; ce sont eux qui favorisent et provoquent dans ces cas les déchirures utérines. Une précaution très importante à prendre avant de procé-

der à la dilatation, c'est de faire : *a*) une large irrigation de la cavité utérine avec une sonde à double courant, en commençant par l'eau iodée à 3 p. 1000 et en terminant par l'eau bouillie ; *b*) celle-ci terminée, de reconnaître d'une façon exacte à l'aide d'un hystéromètre qui sera poussé très doucement dans l'utérus, la hauteur, la largeur et les particularités de la cavité. Une fois cette reconnaissance terminée, on procédera à la dilatation comme nous l'avons indiquée ci-dessus. La dilatation terminée, on passera au temps le plus important de l'opération, le curettage.

Quels sont les instruments ?

Chaleix-Vivie et Audebert donnent la préférence aux curettes qui sont constituées par une large boucle annulaire, ronde ou ovale, montée sur un long manche métallique. Ils sont partisans de la curette irrigatrice ; ils tiennent le jet fermé pendant qu'ils procèdent au curettage, et font de temps en temps écouler le liquide pour amener au dehors les éléments abrasés par la curette. Ils préfèrent la curette à bords légèrement tranchants qui enlèvera mieux et plus complètement, disent-ils, les débris adhérents et abrasera avec plus d'énergie une muqueuse altérée, fongueuse ou sphacélée.

Si on a l'habitude du curettage, on peut à la rigueur se servir de ces curettes, mais il vaut mieux, en suivant les conseils de la plupart des auteurs, se servir d'une curette mousse, surtout dans les cas où l'utérus est infecté et où sa paroi dégénérée est plus molle et plus friable. Deux curettes sont largement suffisantes. Une seule même suffit.

De la main gauche, on tient au moyen d'une pince la lèvre antérieure du col ; de la main droite, on tient la curette. Pour curetter l'utérus il est préférable, disent Cha-

leix-Vivie et Audebert de tenir avec une pince la lèvre correspondante de la face qu'on curette.

La curette est alors pénétrée doucement jusqu'au fond de la cavité utérine ; elle reconnaît, comme l'a fait tout à l'heure l'hystéromètre, les diverses parties de l'utérus.

Une fois cette reconnaissance terminée, on procède au curettage. Nous croyons plus prudent et nous conseillons à la suite de beaucoup d'auteurs de faire toujours avant l'introduction de la curette le toucher intra-utérin à l'aide d'un doigt qui, comme la curette et même mieux qu'elle, nous donnera des renseignements exacts sur toutes les particularités de la cavité utérine et de son contenu.

Très méthodiquement et très lentement on curettera d'abord la face antérieure, puis la face postérieure, puis les bords, enfin le fond et les angles. Le curettage des angles doit être très prudent et très complet ; il serait bon de pratiquer le curettage à ce niveau, avec une curette plus petite que celle qui a servi au curettage du reste de la cavité utérine ; c'est au niveau des angles que la perforation serait la plus aisée, c'est aussi là que l'on aurait le plus de chances de laisser des éléments de rétention. Curetter avec légèreté, dit Pozzi, en dédolant, *en caressant l'utérus* beaucoup plus qu'en grattant. L'utérus dans les cas d'infection est mou, dit-il, et il ne faut pas le violenter, sinon vous risqueriez une perforation.

De temps en temps retirer la curette et irriguer abondamment la cavité utérine avec de l'eau bouillie qui entraînera tous les débris ; en même temps on vérifiera très fréquemment avec le doigt les progrès de curettage. Le doigt pourrait indiquer l'endroit exact où il faut de nouveau curetter alors qu'on croyait celui-ci terminé à ce niveau.

Jamais n'employer des pinces pour saisir et pour extraire les débris placentaires. La curette, l'irrigation et le doigt sont suffisants pour cette opération.

L'utérus une fois gratté dans toutes ses parties, on fera immédiatement un second curettage de révision. Celui-ci terminé on vérifiera l'état de la cavité utérine à l'aide du doigt.

Faut-il pousser le curettage jusqu'à ce qu'on entende le cri utérin ?

Non, c'est très imprudent et très dangereux, surtout s'il s'agit d'utérus infectés.

Une fois le curettage terminé, faire une irrigation intra-utérine abondante avec une sonde à double courant, toujours sous faible pression, le bock à 30 ou 40 cent. au-dessus du niveau de la malade.

Si au cours de l'opération il se produit une abondante hémorragie, on fera une injection intra-utérine à l'eau bouillie très chaude à 48° ou 50°.

Le curettage terminé, on complètera suivant les cas cette opération par l'un des procédés suivants :

Si l'on fait le curettage pour une rétention simple sans accident, on peut à la rigueur se dispenser d'un écouvillonnage consécutif et d'une cautérisation de la cavité utérine ; mais il est préférable, comme on n'est jamais sûr que la muqueuse utérine n'était pas infectée, malgré l'absence de température, de procéder à la suite du curettage à un écouvillonnage suivi d'une nouvelle irrigation intra-utérine et d'une cautérisation à la glycérine créosotée au 1/3 ou au 1/5, ou plutôt à la teinture d'iode.

Si l'on n'avait pas à sa disposition des écouvillons, on nettoierait et cautériserait la cavité utérine à l'aide de minces tampons d'ouate hydrophiles enroulés autour d'une tige métallique ou de pinces à pansement.

L'écouvillonnage est une excellente opération qui ne peut avoir une grande action lorsqu'il est employé isolément mais qui donne d'excellents résultats, lorsqu'il est associé au curage digital et surtout au curettage instrumental, opérations qu'il complète heureusement.

Après la cautérisation on fera une irrigation intra-utérine, on terminera l'opération par l'introduction dans l'utérus d'une mèche de gaze iodoformée très faiblement tassée, qui sera un excellent moyen de drainage. La mèche de gaze sera retirée 24 heures ou plutôt 12 heures après; on donnera à ce moment une injection intra-utérine.

Si l'on intervient pour une hémorragie compliquant une rétention placentaire, on agira de la même façon en insistant sur les injections intra-utérines très chaudes et en donnant, à titre préventif contre une inertie utérine possible, une fois bien entendu l'utérus évacué, une injection sous-cutanée d'ergotine.

S'il s'agit d'infection utérine compliquant une rétention, on procédera de même que pour une rétention simple, en ajoutant dans les cas d'infection très nette un tube à drainage dans le centre de la mèche de gaze iodoformée; 12 heures après, enlever les drains et irriguer l'utérus.

Avant de clore l'étude du curettage, nous allons dire deux mots sur le traitement à appliquer lorsqu'au cours de cette opération il se produirait une perforation utérine.

Si la perforation de l'utérus avait lieu au cours d'un curettage pour rétention placentaire non septique, on fera un tamponnement de l'utérus et on surveillera très attentivement la femme, prêt à intervenir au moindre signe d'infection, par l'hystérectomie vaginale ou abdominale.

La perforation a-t-elle lieu au cours d'une rétention septique, procéder de suite à l'hystérectomie vaginale.

A travers la perforation a-t-on entraîné avec la curette ou des pinces un morceau d'intestin ou d'épiploon : laparatomie immédiate, suture de l'intestin s'il y a lieu ; hystérectomie abdominale si l'utérus était infecté, ou simplement suture de l'utérus avec drainage utérin, s'il n'était pas infecté. Dans tous les cas, drainage abdominal.

Il est important, avant de terminer, de parler ici des pseudo-perforations utérines ; il peut arriver quelquefois qu'au cours du curettage la curette s'enfonce brusquement assez loin dans l'utérus sans qu'il y ait perforation. Cet incident opératoire est arrivé deux fois à M. de Rouville, la curette pénétrant tout entière dans la cavité utérine. Le curettage fut interrompu, l'utérus drainé aseptiquement. Aucune complication ne se produisit ; on avait eu affaire à une pseudo-perforation.

Pour expliquer ce phénomène, on a invoqué une sorte de paralysie subite de la musculature utérine et son relâchement sous l'influence du curettage. « Nous estimons, disent Chaleix-Vivie et Audebert, qu'il faut aussi tenir compte de la distension de l'utérus par le fait de l'irrigation continue pendant le curettage, surtout si une cause quelconque, par exemple l'obturation du canal cervical par un caillot ou un débris placentaire, venait empêcher le retour du liquide. » En présence de pareils faits, on introduira un hystéromètre, ou mieux, si l'on se sert d'une curette à large boucle annulaire, on la poussera doucement jusqu'au fond de l'utérus, on lui en fera prendre le contact et l'on vérifiera la profondeur de la cavité en plusieurs points différents. On reconnaîtra ainsi que l'utérus est régulièrement dilaté et non point perforé. On

retirera la curette et par quelques pressions on réveillera la contractilité musculaire de l'utérus qui expulsera le liquide qu'il contient, — chose très importante, — et reprendra ses dimensions primitives (Chaleix-Vivie et Audebert).

CHAPITRE II

AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS DE CES DEUX OPERATIONS. — LEURS INDICATIONS. — CONDUITE DE QUELQUES AUTEURS DANS LA THÉRAPEUTIQUE DES RÉTENTIONS PLACENTAIRES COMPLIQUÉES OU NON.

Les deux interventions : curage digital et curettage instrumental étant connues dans leur technique opératoire, nous allons maintenant étudier dans ce chapitre leurs avantages et leurs inconvénients, ainsi que leurs indications suivant les auteurs. Nous terminerons par la conduite de quelques auteurs dans la thérapeutique des rétentions placentaires, que celles-ci soient ou non compliquées.

ARTICLE PREMIER

Avantages et inconvénients du curage digital

Le curage digital est une opération facile, elle ne demande généralement aucune instrumentation spéciale, il suffit de ses doigts pour opérer. Elle peut être faite partout, dans tous les milieux, elle n'exige que des

soins antiseptiques, qui d'ailleurs, en l'état actuel de la science, sont indispensables pour la moindre intervention. Cette opération est efficace et les résultats sont remarquables surtout lorsqu'on intervient pour une rétention simple non compliquée ou compliquée d'hémorragie. Le curage digital est, ce qui est très important, inoffensif. On ne craint pas de produire avec lui la moindre perforation ; on *voit*, en outre, avec son doigt ce qu'on fait et on apprécie exactement toutes les particularités de la cavité utérine. La technique en est simple et à la portée de tous les praticiens.

Quels sont les inconvénients du curage digital ? Il exige l'anesthésie générale dans la très grande majorité des cas, car de cette façon l'opération est de beaucoup facilitée. L'anesthésie générale est un gros inconvénient, il n'est pas toujours facile d'avoir à sa portée une personne compétente pouvant administrer le chloroforme sans danger, et d'autre part on ne peut confier la chloroformisation au premier venu. Dans les cas très urgents nous pensons qu'on peut se passer de l'anesthésie

Plusieurs auteurs reprochent au curage digital de présenter souvent des difficultés pour l'introduction de deux et même d'un doigt dans les utérus des deux premiers mois. Nous répondrons qu'après une dilatation préalable il est toujours facile d'explorer la cavité utérine avec un doigt. Dans d'autres circonstances, disent ils, il est difficile d'atteindre les angles de l'utérus. La main droite ayant été introduite entièrement dans le vagin, la main gauche ayant abaissé fortement l'utérus, nous pensons qu'on peut arriver à vaincre cette difficulté et à explorer les angles et les curetter avec les doigts.

D'autres inconvénients : le placenta, disent ils, est

quelquefois tellement adhérent à l'utérus qu'il est impossible au doigt de le décoller ; cette critique est juste. Dans ces cas certains auteurs, tels que Fruhinsholz, conseillent de tamponner et d'attendre que les portions ainsi adhérentes s'éliminent spontanément et de n'intervenir que s'il y a accidents ; d'autres, et ils sont la majorité, conseillent dans ces cas de curetter la portion adhérente, aidés du toucher digital, qui aura reconnu d'abord et vérifié ensuite son extraction.

Mais le plus grand désavantage du curage digital réside dans le traitement de la rétention placentaire compliquée d'infection. En effet, le placenta extrait, on laisse la muqueuse utérine qui est infectée, et très souvent les accidents infectieux ne disparaissent pas à la suite de ce curage digital. Dans ces cas nous conseillons d'associer le curettage instrumental au curettage digital.

Un autre inconvénient très sérieux qu'il faut envisager, c'est la contamination possible du médecin par les produits septiques contenus dans l'utérus, contamination dangereuse pour les autres femmes qu'il va soigner et pour lui même.

Dans certains cas cette contamination a été suivie de la mort du médecin.

Nous pensons que dans les cas d'infection il serait utile de procéder au curage digital avec la main gantée ou avec les deux doigts recouverts de doigts en caoutchouc ou en baudruche, bien entendu stérilisés.

Quoique ce procédé de curage digital ganté, nous ne l'ayons vu décrit nulle part, nous pensons que le cas échéant il rendrait des services et nous en conseillons l'usage.

ARTICLE II

Avantages et inconvénients du curettage instrumental

Voyons maintenant quels sont les inconvénients et les avantages du curettage.

Les inconvénients sont au nombre de trois.

Le curettage, disent ses détracteurs, est aveugle ; il est inefficace ; il est dangereux.

1° *Il est aveugle.* — En effet, malgré la grande habitude qu'on puisse avoir du curettage, il est difficile de se rendre compte exactement de ce que l'on fait et de dire si on n'a pas dépassé quelquefois les limites de la muqueuse ou si on n'en est pas resté en deçà. A cet inconvénient, il est facile de porter remède si, avant de procéder au curettage, on se rend compte, à l'aide du toucher digital, des particularités de la cavité utérine, et si on vérifie, au fur et à mesure du curettage, les progrès accomplis par la curette.

2° *Il est inefficace.* — Il arrive souvent, après un curettage qu'on a cru faire complet, de voir quelques instants après, ou le lendemain, quelquefois même quelques jours après, sortir de l'utérus de gros morceaux placentaires ou même un placenta en entier.

Les observations abondent de ces cas, et on en cite partout de très curieuses, telles que le cas rapporté dans tous les traités, d'un petit fœtus laissé dans l'utérus par un curettage qui n'avait fait que lui couper les jambes ; le cas de cette femme qui, malgré un curettage, accoucha à terme d'un enfant. Nous pourrions en citer encore

d'autres et ces cas sont très fréquents ; ils sont arrivés aux meilleurs gynécologues et accoucheurs.

Un autre inconvénient du curettage, c'est qu'il peut être incomplet, non par la rétention des gros morceaux placentaires ou d'un placenta presque en entier, mais par la non-abrasion de la muqueuse malade.

Dans les deux cas, chez les femmes ainsi non délivrées complètement, les phénomènes pour lesquels on est intervenu persisteront malgré le curettage.

Mais, disent Chaleix-Vivie et Audebert, il nous semble plus légitime de mettre ces insuccès à la charge de l'opérateur plutôt que d'en accuser la méthode. « Le curettage est, disent-ils, il ne faut pas l'oublier, une opération chirurgicale. Son exécution comporte une certaine hardiesse, une certaine énergie qui s'accommodent mal d'une timidité par trop médicale.

» Il est certain, disent-ils, que celui qui n'osera pas délibérément abaisser le col ou le fixer avec une pince, qui n'accentuera pas la perméabilité cervicale, si elle est insuffisante, qui promènera avec hésitation sa curette dans la cavité utérine, ou même, comme nous l'avons vu faire, dans le col qu'il redoute de franchir, et qui se hâte, dès l'expulsion d'un ou deux débris, de déclarer terminée une opération qui n'est pour ainsi dire pas commencée, risque de compromettre, par ses échecs et ses déboires, le bon renom de la méthode. »

Les réflexions de Chaleix-Vivie et Audebert sont très exactes en général, et nous pensons que le curettage, aidé du toucher digital intra-utérin pratiqué avant, au cours et après l'opération, et que celui-ci, méthodiquement pratiqué et avec plus d'assurance, on ne risquera pas d'oublier dans l'utérus des morceaux ou la totalité de l'arrière-faix.

3° *Le curettage est dangereux.* — Le reproche le plus grave qu'on puisse faire au curettage, ce sont les perforations utérines dont il a été la cause. Celles-ci sont très graves, et très souvent elles ont entraîné la mort des femmes, tout en reconnaissant que dans certains cas ces perforations n'ont pas eu de suites funestes.

Les causes prédisposantes des perforations sont le ramollissement du tissu utérin produit par la grossesse, surtout au niveau de l'insertion placentaire ; l'infection puerpérale, si elle existe, vient encore exagérer la faiblesse de la paroi utérine.

Les déviations utérines peuvent elles aussi exposer à la perforation utérine. Il existe souvent un amincissement marqué de la paroi au niveau de l'angle de flexion. « Cette condition, disent Chaleix-Vivie et Audebert, devra rendre l'opérateur plus prudent encore, si la flexion est accompagnée d'adhérences qui immobilisent l'utérus dans sa position vicieuse. »

Telles sont les causes prédisposantes, mais il ne faut pas oublier que très souvent les perforations sont dues à la maladresse et même à la brutalité de l'opérateur, et nombreuses sont les observations qui l'attestent. D'autres fois, la cause en est dans l'insuffisance de la dilatation du canal cervical ; la curette, gênée dans ses mouvements par l'orifice interne du col, ne la franchit qu'au prix d'un effort dangereux.

Bien des perforations imputées à la curette ont été faites par les manœuvres de dilatation préalables, lorsqu'on a eu recours à divers dilateurs mécaniques divergents.

« Howard-Kelly, Haynes et surtout Auvard ont montré les dangers de ces instruments, qu'ils qualifient de « perforateurs par excellence ».

» Le dilatateur de Schultze, à deux branches, et celui de Sims, à trois branches, plus communément employés en France, sont particulièrement dangereux. Si l'on examine, en effet ces appareils, on voit que l'écartement des branches fait porter l'effort de la dilatation sur un point unique qui est l'extrémité terminale de la branche, extrémité toujours plus ou moins tranchante. Il peut en résulter, si la paroi utérine est de faible résistance, une ou plusieurs perforations linéaires qui passeront d'abord inaperçues pour se révéler plus tard par des accidents que l'on attribuera à la curette » (Chaleix-Vivie et Audebert).

Un très grand nombre de perforations utérines sont dues à l'emploi au cours du curettage, de pinces dont certains opérateurs s'aident pour tirer sur le placenta ou sur les débris afin de les extraire.

Dans la plupart des cas effroyables rapportés par Martin, Gusserow, par Veit, etc., à la Société d'obstétrique de Berlin, il avait été fait usage de la pince, maniée avec une telle brutalité qu'elle avait non-seulement rompu l'utérus, mais amené dans le vagin l'épiploon ou une anse intestinale.

Il résulte de cette étude sommaire sur les perforations utérines que pour les éviter, autant que possible, il faudra reconnaître avec le doigt utérin, l'hystéromètre, ainsi qu'avec la curette les diverses particularités de l'utérus, surtout les points de la paroi utérine qui paraissent plus faibles ; il faudra procéder très doucement au curettage surtout si l'utérus était infecté ; ne curetter qu'après large dilatation préalable ; ne procéder à la dilatation qu'à l'aide des bougies d'Hégar prudemment maniées, et ne jamais employer des pinces pour extraire des débris placentaires.

En suivant ces précautions on aura, dans l'immense majorité des cas, toutes les chances d'éviter une perfora-

tion utérine, mais pas toujours. On a reproché au curettage la production d'accidents infectieux. Ce reproche nous paraît uniquement imputable à une faute d'antisepsie.

Voyons maintenant quels sont les *avantages* du curettage instrumental.

On peut se passer d'anesthésie générale, le curettage en effet est assez bien supporté malgré son absence.

Mais son plus grand avantage et sa supériorité relative sur le curage digital, c'est que seule elle peut abraser la muqueuse malade dans les cas d'utérus rétentionnistes infectés ; ceci est de la plus haute importance pratique : tant que la muqueuse fongueuse et altérée n'est pas supprimée, l'infection continuera son évolution.

Dans les rétentions placentaires non compliquées, seule aussi elle permet en même temps que l'extraction du délivre d'extraire la caduque adhérente à l'utérus, opération que ne peut faire le curage digital ; plus loin nous verrons combien la rétention de cette caduque est cause d'accidents multiples et éloignés, et combien son extraction sera d'une grande importance au point de vue des suites de la malade.

ARTICLE 3

*Indications du curage digital et du curettage instrumental. —
Conduite de quelques auteurs dans la thérapeutique des
rétentions placentaires, compliquées ou non*

Connaissant les avantages et les inconvénients de ces deux interventions, voyons maintenant quelles en sont, suivant les auteurs, leurs indications dans la thérapéu-

tique des rétentions placentaires simples ou compliquées. Nous résumerons en même temps la pratique de quelques auteurs dans les rétentions placentaires, compliquées ou non.

Ribemont-Dessaignes et Lepage, dans les rétentions compliquées d'hémorragie, sont partisans du curage digital précédé de la dilatation de l'utérus à l'aide d'un ballon de Champetier de Ribes. Dans les infections ils emploient le curage ou le curettage ; dans les rétentions placentaires non compliquées, ils disent qu'il ne peut y avoir de conduite unique ; elle doit varier suivant les conditions dans lesquelles se trouve la femme, suivant les soins qui lui peuvent être donnés, et, il faut bien le dire, suivant le désir qu'elle exprime. Néanmoins, disent-ils, l'expectation sera d'autant plus rarement indiquée que très souvent l'avortement a été criminel et qu'il survient tôt ou tard des accidents qui forcent à intervenir ; ils se servent dans ces cas du petit ballon de Champetier de Ribes qui amène le décollement et l'expulsion du placenta et facilite ensuite l'exploration de la cavité utérine avec les doigts ; ils ne se servent de la curette que s'il y a difficulté très grande à pénétrer dans l'utérus et à décoller le placenta.

Brindeau, dans les infections, conseille le curage ou le curettage ; dans les hémorragies, le curage digital, mais, si l'on ne peut opérer immédiatement ou que l'état général de la malade est grave, il est partisan du tamponnement utéro-vaginal.

Dans les cas de rétention simple, il attend 12 ou 24 heures en tamponnant l'utérus et le vagin. Si au bout de ce temps l'œuf n'est pas expulsé, il pratique le curage. Il intervient cependant immédiatement après l'expulsion

dans les cas d'avortement criminel et dans les cas de grossesse gémellaire.

A. Fruhinsholz est absolument partisan du curage digital toutes les fois qu'il intervient; jamais de curettage.

Doléris intervient dans les rétentions placentaires non compliquées, toutes les fois qu'il y a arrêt du travail après l'expulsion du fœtus; de même il intervient dans les rétentions compliquées d'hémorragies ou septicémie; il est partisan convaincu du curettage.

Pinard intervient dans certains cas au bout de 48 heures en l'absence même de tout accident, mais il ne curette pas, il fait le curage digital. Dans les cas de rétention compliquée d'hémorragie, il fait le curage digital; il n'est partisan du curettage que dans les infections, mais toujours précédé du curage digital.

Chaleix-Vivie et Audebert sont partisans du curage digital et surtout du curettage dans les rétentions compliquées d'hémorragie ou de septicémie. Dans les rétentions non compliquées l'expectation pure, disent-ils, est une imprudence. La malade reste en imminence d'hémorragie et d'infection. Si le placenta tarde à sortir, l'extraire avec le doigt ou la curette. Toutes les fois que la malade ne pourra être soumise à une surveillance effective, ils préconisent le tamponnement utérin pour empêcher la femme d'avoir une hémorragie soudaine.

Miraschi est très partisan du curettage dont il a obtenu de très bons résultats; sur 187 curettages post-abortifs publiés par lui, il n'a eu qu'un décès, chez une femme atteinte de péritonite au moment de l'intervention.

Maygrier est partisan du curage digital et proscrit le curettage, qui dans les mains les plus expérimentées, dit-il, a causé des perforations utérines. Il n'emploie la

curette, guidée par le doigt, que dans les cas d'adhérence intime du placenta avec l'utérus.

Fehling, Tyler Smith et Veit sont partisans du curetage instrumental.

Freund est partisan du curage digital. Les instruments, dit-il, doivent être rejetés. La curette est inutile et dangereuse.

Bossi est partisan du curetage, toutes les fois que le moindre doute existe, que des débris d'œufs et de caduque sont restés adhérents aux parois utérines, et cela, dit-il, sans crainte de nuire à la parturiente. Sur 153 curetages pour débris de l'œuf, il n'a eu qu'un seul décès et qui n'est pas dû à l'intervention.

Coen est partisan de la conduite de Doléris et il nie les accidents du curetage.

Oui est d'avis pour extraire le placenta et les membranes d'avoir recours d'abord au curage digital, mais si celui-ci n'est pas possible ou est incomplet, avoir recours alors à la curette, qui, mieux que les doigts, peut enlever les petits fragments de placenta ou les débris de membranes laissés dans l'utérus. La curette a un grand avantage, dit-il, dans les infections putrides : seule elle permet l'abrasion de la muqueuse infectée.

Budin et Boissard sont partisans du curage digital.

Goilot, dans sa thèse, est partisan du curage digital, de même Richard, qui ne conseille le curetage que dans les cas d'adhérence intime du placenta à l'utérus.

Sellheim dit, que dans les utérus infectés la curette et la pince sont autant que possible à éviter. Le doigt et le drainage doivent suffire.

Blondel préfère faire suivre le curage digital d'un curetage instrumental; les résultats obtenus ainsi, dit-il, sont meilleurs.

Laks, de Saint-Pétersbourg, est partisan du curettage dans les deux premiers mois ; au cours des 3^e et 4^e mois, la curette, non seulement risque de perforer l'utérus, mais elle risque aussi d'être incomplète et être par conséquent la cause d'accidents ultérieurs.

Lepage, dans sa communication faite à la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pædiatrie, à la séance du 14 mai 1906, termine en disant qu'il n'est partisan de la curette que dans les deux premiers mois de la grossesse, mais le curettage sera toujours contrôlé par les doigts.

Dans la discussion qui suivit cette communication, Delbet, Hartmann et Pozzi se sont déclarés partisans du curettage qui, dans les avortements tardifs, sera pratiqué sous le contrôle du doigt.

Wallich reste, dit-il, partisan du curage digital à n'importe quel moment de la grossesse.

Pinard est du même avis et condamne la curette.

Voici la pratique de Champetier de Ribes lorsqu'il est obligé d'intervenir pour évacuer l'utérus :

Malade anesthésiée.

Exploration utérine avec un ou plusieurs doigts, le plus souvent sans dilatation préalable ou après une dilatation rapide aux bougies d'Hégar. Si l'utérus est très fermé, dilatation préalable aux lamineaires. Les doigts décollent l'œuf. Les doigts et la curette enlèvent les débris. Le doigt vérifie s'il ne reste plus rien. Avec une longue curette mousse il râcle consciencieusement la muqueuse utérine, ensuite badigeonne l'utérus avec la teinture d'iode, il fait après, un lavage à l'eau bouillie et termine par un tamponnement peu serré à la gaze iodoformée. Il fait donc systématiquement le curage digital,

puis le curettage instrumental. Ce traitement lui a donné de très bons résultats.

Voici maintenant la pratique de quelques-uns de nos Maîtres à la Faculté de Montpellier :

M. de Rouville, à qui nous avons demandé sa conduite, nous a répondu qu'il est partisan du curage digital toutes les fois qu'il sera possible, mais celui-ci sera toujours suivi d'un curettage instrumental.

Si, dit-il, le curage digital est impossible, on fera le curettage instrumental. Après l'intervention on fera un lavage et un drainage aseptique, si tout permet de prévoir l'asepsie de l'utérus ; dans le cas contraire, on fera un lavage et un drainage antiseptique.

Voici maintenant la conduite de M. Vallois dans le cas de rétention placentaire après l'avortement ; conduite qu'il a bien voulu nous remettre par écrit :

« Lorsqu'il y a rétention placentaire après 4 mois révolus de grossesse, je me comporte comme après un accouchement à terme, l'avortement du cinquième et du sixième mois pouvant être regardé comme un petit accouchement.

» Lorsque l'avortement se produit dans le cours du troisième ou du quatrième mois, ma conduite, en cas de rétention placentaire, varie suivant les circonstances :

» A) En l'absence de tout accident (hémorragie ou infection), lorsque tout soupçon relatif à une intervention criminelle peut être écarté, enfin lorsqu'une surveillance sérieuse peut être exercée sur la malade, j'attends au moins 6 heures avant d'intervenir. Pendant ce temps d'attente, je prescris des injections vaginales chaudes et antiseptiques et, dans leur intervalle, une occlusion vulvaire au coton hydrophile ; exceptionnellement je donne du sulfate de quinine.

» Après 6 heures (quelquefois j'attends davantage), si la délivrance ne s'est pas effectuée, il est de règle que j'intervienne activement, même en l'absence d'accident. Je commence d'abord par un curage digital aussi complet que possible de la cavité utérine, que je fais précéder d'une injection intra-utérine au permanganate de potasse et, s'il est nécessaire, d'une dilatation du col avec les bougies de Hégar. Je fais suivre ce curage d'un curettage, d'un écouvillonnage (petits écouvillons de Budin) et d'une injection intra-utérine à la solution iodo-iodurée de Tarnier. Après avoir essuyé avec un tampon sec la face interne de l'utérus, je la touche à la teinture d'iode et je termine en plaçant dans la cavité utérine une bande de gaze aseptique préalablement trempée dans la teinture d'iode et dont l'extrémité est dans le vagin. Ce dernier est tamponné à la gaze iodoformée. Mèche utérine et gaze vaginale sont retirées au bout de 24 heures.

» B) Quel que soit le temps écoulé depuis l'ouverture de l'œuf ou l'expulsion de l'embryon, si la rétention placentaire s'accompagne d'accident (hémorragie ou infection), si une provocation criminelle peut être suspectée, si on ne peut compter sur une surveillance sérieuse de la malade ni sur une assistance capable de parer aux premiers accidents, j'interviens le plus tôt possible, et mon mode d'intervention est le même que celui décrit plus haut. Après une première injection intra-utérine et, s'il y a lieu, dilatation du col, curage digital, curettage, écouvillonnage, injection intra utérine, attouchement à la teinture d'iode et placement d'une bande de gaze dans la cavité utérine.

» Telle est dans les grandes lignes la conduite que je suis habituellement dans le cas de rétention placentaire survenue dans le cours des troisième et quatrième mois,

conduite qui, à l'hôpital et en clientèle, m'a paru jusqu'ici me donner les meilleurs résultats. » (M. Vallois.)

Voici la conduite de M. Puech que nous empruntons à son « Guide de thérapeutique obstétricale ».

Dans les avortements incomplets (rétention totale ou partielle du délivre) qu'ils soient ou non compliqués d'accidents (hémorragie et septicémie), il pratique, après anesthésie (de préférence), l'extraction de l'arrière-faix :

a) Avec la curette et l'écouvillon, après avoir, au besoin, dilaté le col à l'aide des bougies de Hégar, — s'il s'agit d'un avortement des trois premiers mois.

b) Avec les doigts (curage digital), après avoir, au besoin, dilaté le col à l'aide des bougies d'Hégar, — s'il s'agit d'un avortement au quatrième mois. Faire suivre le curage d'un curettage instrumental et de l'écouvillonnage de l'utérus, particulièrement indiqués quand la rétention s'accompagne d'accidents septiques.

c) Avec la main tout entière introduite dans l'utérus (délivrance artificielle), après avoir, au besoin, dilaté le col à l'aide des doigts ou d'un ballon de Champetier de Ribes, — s'il s'agit d'un avortement au cinquième ou sixième mois.

Voici la pratique de M. Guérin Valmale qu'il a bien voulu rédiger à notre intention :

« Dans la rétention du placenta abortif :

» 1^o Après le quatrième mois, agir comme en cas d'accouchement.

» 2^o Avant le quatrième mois :

» A) Il existe une complication : hémorragie quelque peu abondante ou infection :

» Intervenir par l'évacuation immédiate de l'utérus.

» B) Il n'existe aucune complication. Deux cas sont à considérer :

» a) La femme est à une certaine distance de son accoucheur, sa surveillance étroite par celui-ci est impossible ou même, cette surveillance étant possible, il y a cependant à craindre une infection facile soit à cause de l'origine suspecte de l'avortement, soit à cause de la mort déjà ancienne de l'œuf, soit à cause des conditions de milieu défectueux où se trouve la femme.

» Agir comme si l'infection existait déjà et intervenir par l'évacuation immédiate.

» b) La femme est près du domicile de son médecin et pourra être facilement surveillée et rapidement secourue le cas échéant ; en outre, la femme est dans un milieu de choix où toutes les précautions désirables pourront être prises, il n'y a plus d'inconvénient à rester dans l'expectation et à attendre l'expulsion spontanée du placenta.

» En somme évacuer toujours l'utérus sauf dans le cas où toutes les conditions favorables sont réunies comme il vient d'être exposé dans ce dernier paragraphe.

» Dans les cas où l'on observera l'expectation, la femme sera maintenue au lit, avec toilettes vulvaires toutes les 4 heures et injections vaginales toutes les 12 heures.

» Dans les cas d'intervention :

» 1° Le canal cervical est assez perméable pour laisser facilement passer un ou mieux deux doigts dans la cavité utérine. Faire le curage digital. Compléter par un écouvillonnage et un abondant lavage de la cavité utérine, 6-8 litres d'eau bouillie légèrement antiseptique à 50 centigrades. *Si le doigt n'a pu tout ramener faire avec précaution un curettage, suivi de l'écouvillonnage et du lavage. S'il y avait début d'infection après cette intervention faire un attouchement de toute la cavité utérine avec de la teinture d'iode.*

» 2° Le canal cervical n'admet pas facilement un doigt :

commencer par faire la dilatation artificielle de ce canal avec des bougies d'Hégar ou un dilatateur métallique. Ce ne serait qu'en cas d'impossibilité de dilater ainsi rapidement qu'on aurait recours aux ballons de Champetier de Ribes de petit modèle.

» Dès la dilatation obtenue agir comme ci-dessus.

» Après l'intervention aucune mèche, aucun tampon ne sera laissé dans la cavité utérine ni dans le vagin. On pratiquera des injections vaginales bi-quotidiennes pendant trois semaines au moins avec lavages vulvaires fréquents pendant la première semaine. » (Guérin-Valmale.)

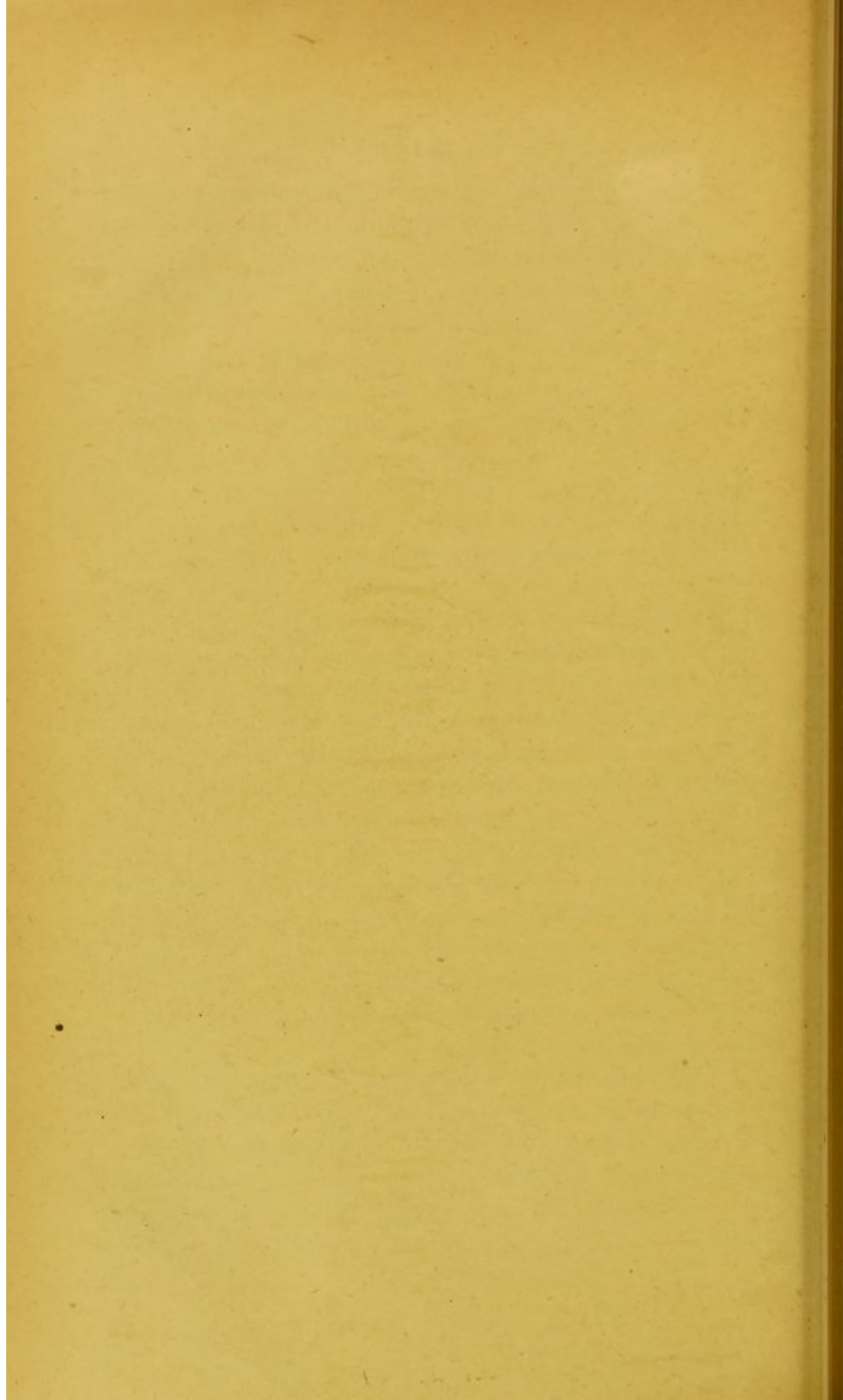
De cette étude un peu sommaire, il se dégage deux points essentiels :

1^o C'est que tous les auteurs sont d'accord pour faire le curettage instrumental avec le contrôle du doigt.

2^o Si encore beaucoup d'accoucheurs sont exclusifs et n'admettent que le curage digital, si d'autre part, les gynécologues et chirurgiens penchent naturellement pour le curettage, beaucoup d'auteurs sont partisans d'associer fréquemment le curettage instrumental au curage digital.

En effet, si dans certains cas, tels que rétention placentaire simple ou compliquée d'hémorragie, le curage digital peut être suffisant, et encore ce n'est pas certain, dans les rétentions avec infection, il est très prudent, croyons-nous, de compléter le curage digital par un curettage instrumental, qui complètera ainsi l'opération par l'ablation de la muqueuse malade.

Dans la quatrième et dernière partie intitulée « De la conduite à tenir dans les rétentions placentaires après l'avortement » nous allons succinctement indiquer la conduite que nous conseillons de suivre dans les différents cas de rétentions qui se présentent dans la pratique courante.



QUATRIÈME PARTIE

DE LA CONDUITE A TENIR DANS LES RÉTENTIONS PLACENTAIRES APRÈS L'AVORTEMENT (CONCLUSIONS)

La fréquence des avortements est très difficile à établir. Beaucoup de femmes font des fausses couches dans les premiers mois de la grossesse sans s'en douter; d'autres, surtout dans la classe pauvre, avortent sans demander le secours du médecin. Il est donc certain que les statistiques donnent des chiffres trop faibles; elles n'en accusent pas moins une très grande fréquence des avortements.

Pour Guillemeau et Devilliers il y aurait un avortement sur 4 à 5 grossesses, pour Whitehead 1 sur 7, pour Prietsley 1 sur 4 grossesses, de même pour Bossi. En moyenne donc, un avortement sur 5 grossesses.

Sur 100 avortements il y en a 50 de criminels, d'après les statistiques.

Nous avons étudié précédemment les complications immédiates et éloignées qui peuvent résulter de la rétention de l'arrière-faix après l'avortement. Nous avons vu combien le pronostic de ces complications était grave.

En présence donc de la fréquence si grande des avortements, en présence de la multiplicité et de la gravité des accidents auxquels sont souvent sujettes les femmes dont l'avortement a été incomplet, en présence de ce fait que, dans la moitié des cas environ l'avortement est criminel, et qu'il comporte alors un pronostic très grave, puisque, comme nous l'avons déjà vu, d'après la statistique de Noble et Maygrier, la mortalité a atteint 56,81 %, il est indispensable au médecin d'avoir dans les rétentions placentaires, que celles-ci soient compliquées ou non, une conduite nettement tracée.

Avant d'exposer la pratique que nous conseillons de suivre dans les rétentions placentaires, nous voulons dire deux mots au sujet des caduques, qui jouent dans la pathologie de l'avortement un rôle très important.

Il est très fréquent, surtout au cours des deux premiers mois, qu'une partie ou la totalité des caduques soient retenues après l'expulsion de l'arrière-faix; cette rétention, est presque la règle dans les avortements de fœtus mort.

Les caduques ainsi retenues dans l'utérus, subissent sur place des phénomènes de régression ou elles sont éliminées par petits lambeaux avec les lochies. Cela se passe souvent sans bruit; mais il n'en est pas toujours ainsi; tantôt très épaisses et adhérentes à l'utérus et encore vivaces, elles peuvent être la cause d'hémorragies soit au cours de l'avortement, soit dans les suites; hémorragies graves par leur abondance ou par leur continuité; tantôt, qu'elles soient adhérentes ou non, vivaces ou non, comme à la suite d'expulsion de fœtus mort, elles peuvent être la cause d'infections précoces très sérieuses, ou d'infections tardives de la sphère génitale.

Ces complications, même écartées, les caduques rete-

nues n'en sont pas moins la cause la plus importante des subinvolutions utérines, très fréquemment rencontrées à la suite des avortements. Ces subinvolutions prédisposent au plus haut degré aux infections du canal génital.

Voici la conduite que nous conseillons de suivre dans les rétentions placentaires ; bien entendu, nous n'aurons en vue que la conduite à tenir dans les rétentions placentaires au cours des quatre premiers mois. Au cours des cinquième et sixième mois, l'avortement est un petit accouchement et la conduite à tenir dans ces cas est la même que s'il s'agissait d'un accouchement à terme.

Deux cas peuvent se présenter dans la pratique courante :

A) On est appelé auprès d'une femme qui avorte, dans les 12 ou 24 heures qui suivent l'expulsion du fœtus.

B) On est appelé auprès d'une femme qui avorte, 24 heures après l'expulsion du fœtus, vers le 2^e, 3^e jour, ou même plusieurs jours après.

A) On est appelé, auprès d'une femme qui avorte, dans les 12 ou 24 heures qui suivent l'expulsion du fœtus.

Il faut alors envisager les trois circonstances suivantes :

1^o On est en présence de l'arrière-faix expulsé.

2^o On ignore ou l'on n'est pas sûr qu'il ait été expulsé.

3^o On est sûr de sa rétention.

1^o On est en présence de l'arrière-faix expulsé, alors, trois cas se présentent :

a) Tantôt l'arrière-faix est au complet, caduques comprises ; dans ce cas, s'il s'agit d'un avortement spontané et que toutes les mesures antiseptiques ont été prises, on donnera seulement des injections vaginales ; s'agit-il

au contraire d'un avortement criminel ou bien d'un avortement septique (touchers répétés, fautes d'asepsie, œuf rompu depuis quelques jours, embryon putréfié), on fera suivre l'injection vaginale d'une injection intra-utérine à l'eau iodée à 3 p. 1.000 (solution iodo-iodurée de Tarnier).

La femme sera soignée pendant les suites, ainsi que d'ailleurs après tout avortement, comme s'il s'agissait d'un accouchement à terme; dans le dernier cas surtout, on surveillera très rigoureusement la femme, prêt à intervenir au moindre signe d'infection.

b) Tantôt l'arrière-faix est incomplet, une partie du placenta ou des membranes ovulaires manquent; on se comportera alors comme pour 3^e de A que nous étudierons plus bas.

c) Tantôt le placenta et les membranes ovulaires étant au complet, une grande partie ou la totalité des caduques est absente; dans ce cas :

α Si l'avortement est spontané et non septique on se contentera d'injections vaginales, en surveillant très rigoureusement la femme; on interviendra, au moindre signe d'infection ou en cas d'hémorragies graves, par un curettage suivi d'un écouvillonnage; on terminera l'opération par la cautérisation de la cavité utérine à la teinture d'iode et par un bon drainage à la gaze aseptique faiblement tassé.

La technique du curettage instrumental et du curage digital a été déjà étudiée dans une autre partie de ce travail, s'y reporter.

β Si l'avortement était spontané mais septique (touchers répétés, fautes d'asepsie, œuf rompu depuis quelques jours, embryon putréfié), on donnera une injection intra-utérine à la solution iodo-iodurée de Tarnier et on surveil-

lera les suites, prêt à intervenir au moindre signe d'infection.

7 Si l'avortement était criminel, qu'il soit ou non septique, qu'il y ait ou non infection, faire un curettage immédiat, suivi d'un écouvillonnage, d'une cautérisation de la cavité utérine à la teinture d'iode et d'un drainage à la gaze aseptique ou iodoformée.

En résumé, dans les cas d'expulsion totale de l'arrière-faix, avec ou sans caduques, notre conduite diffère de celle des autres auteurs en ce que, dans certaines circonstances, nous donnons une injection intra-utérine, et que dans les avortements criminels avec rétention de la caduque, nous faisons, comme traitement préventif de l'infection possible, un curettage.

2° On ignore ou l'on n'est pas sûr que l'arrière-faix a été expulsé.

En effet, il arrive quelquefois que la malade ou les personnes de l'entourage affirment que l'arrière-faix est sorti, mais ils ne peuvent vous le montrer, celui-ci ayant été jeté. D'autres fois, il sera impossible de savoir si l'arrière-faix a été expulsé ou non.

Que faut-il faire ?

Il ne faut pas se fier seulement aux renseignements qui sont donnés, et il faut tâcher de faire soi-même le diagnostic de rétention ou de non-rétention du délivre. Ce diagnostic sera souvent très difficile. Faut-il en cas de doute faire le toucher intra-utérin à l'aide d'un doigt ?

Oui, et nous en sommes partisans. Nous ne voyons aucun inconvénient à ce procédé lorsqu'il est entouré de toutes les précautions antiseptiques.

Le toucher intra-utérin indiquera alors soit :

a) Que l'arrière-faix a été expulsé complètement avec

ou sans caduques ; dans ce cas, se rapporter à *a* et *c* de 1° et agir comme il y est dit.

b) Soit que l'expulsion de l'arrière-faix a été incomplète ou qu'elle n'a pas eu lieu, on se comportera comme pour 3° de A, que nous allons maintenant étudier.

3° L'arrière-faix est en partie ou en totalité retenu dans l'utérus.

Il faut envisager alors les deux cas suivants :

a) La rétention de l'arrière-faix s'accompagne d'hémorragie sérieuse ou d'infection.

b) La rétention de l'arrière-faix ne s'accompagne d'aucun accident.

a) La rétention de l'arrière-faix s'accompagne d'hémorragie sérieuse ou d'infection :

α Dans les hémorragies compliquant les rétentions placentaires, on peut donner des injections vaginales très chaudes à 48° ou 50° ou encore des injections intra-utérines à la même température, mais très souvent elles sont inefficaces ; en tout cas, elles sont incapables de provoquer l'expulsion rapide du délivre ; celui-ci retenu, malgré l'arrêt momentané des hémorragies, celles-ci reprendront.

Par conséquent, toutes les fois qu'il s'agira d'une hémorragie sérieuse, se baser sur le faciès, l'état général et les symptômes accusés par la malade, sur la quantité du sang écoulé, mais surtout sur le pouls de la malade, et toutes les fois que celui-ci aura atteint 100 pulsations par minute ou plus, et s'y maintient, il faut agir rapidement, et le seul moyen radical c'est l'évacuation rapide de l'utérus ; dans ce cas, nous préférons le curage digital avec ou sans anesthésie, suivant l'état de la malade ; celui-ci sera suivi d'une irrigation intra-utérine à l'eau bouillie à 50°, et d'une injection sous-cutanée d'un gramme d'ergotine.

Le curage digital sera suivi d'un curettage et d'un écouvillonnage avec drainage consécutif, si la femme était en même temps infectée ou même si l'avortement était septique et surtout criminel.

Si le curage digital était impossible ou incomplet, on aurait d'emblée recours alors au curettage, qui sera toujours fait, comme nous l'avons déjà dit, sous le contrôle du doigt introduit à plusieurs reprises dans l'utérus.

Dans les hémorragies sérieuses, nous pensons que le tamponnement vaginal n'est qu'un moyen d'hémostase absolument provisoire ; le temps de permettre à l'opérateur de préparer la malade, ses mains et les autres objets nécessaires. On peut le comparer au tamponnement qu'on fait immédiatement après la blessure d'une artère, et qu'on maintient juste le temps nécessaire pour pincer celle-ci et procéder à sa ligature qui est le seul traitement efficace ; de même, dans les hémorragies placentaires, le seul traitement efficace, c'est l'extraction de l'arrière-faix.

Quant au tamponnement intra-utérin employé dans les hémorragies compliquant les rétentions placentaires, nous pensons que c'est une opération plus délicate et qu'il est plus facile de faire un curage digital qu'un tamponnement intra-utérin. En tout cas, si on n'a pas l'habitude du curage digital et qu'on préfère le tamponnement utérin, on aura recours à lui ; c'est un moyen très efficace dans ces hémorragies, à condition qu'il soit bien fait ; le tamponnement ne sera pas maintenu très longtemps, et au plus tard 12 heures après, on procèdera ou l'on fera procéder à l'évacuation complète de l'utérus, comme nous venons de le dire, par le curage digital ou le curettage.

Nous n'avons pas besoin d'insister sur le traitement

général des hémorragies et de ses accidents, connu de tous.

β) La rétention de l'arrière-faix est compliquée d'infection.

Dans ce cas, que l'infection soit légère ou grave, il faut toujours intervenir, et le seul traitement rationnel, c'est l'évacuation rapide de l'utérus. Nous préférons alors le curettage instrumental, qui sera toujours précédé d'un curage digital. Le curage digital sera pratiqué les doigts gantés ou non. Le curettage sera très doux et très prudent à cause de la facilité des perforations ; comme toujours, avant d'y procéder, dilater largement l'utérus, et ne le dilater qu'avec des bougies d'Hégar, jamais avec des dilateurs divergents ; jamais de pinces pour extraire les débris placentaires ; contrôler toujours le curettage par le doigt intra-utérin ; celui-ci terminé, on procèdera à l'écouvillonnage, à la cautérisation de la cavité utérine à la teinture d'iode et au drainage très soigné avec de la gaze ou avec celle-ci et un drain.

b) La rétention de l'arrière-faix ne s'accompagne d'aucun accident.

Que faut-il faire ?

On interviendra immédiatement après que l'on est appelé ou dans les deux heures qui suivent l'expulsion du fœtus dans les cas suivants :

Lorsqu'on aura la certitude ou la présomption qu'il y a eu manœuvres abortives.

Que l'avortement est septique (touchers fréquents, tentatives antérieures de délivrance, fautes d'asepsie, œuf rompu depuis quelque temps, embryon putréfié).

Lorsque la femme ne pourra pas être surveillée.

L'intervention consistera dans les deux premiers cas en un curage digital suivi d'un curettage, d'un écouvillon-

nage et d'un drainage. Dans le dernier cas, si l'on ne soupçonne aucune contamination, on fera un curage digital suivi ou non d'un curettage.

Dans toutes les autres circonstances, c'est-à-dire si la femme peut être surveillée et que l'avortement est spontanée et non septique, on n'interviendra immédiatement ou dans un très court délai, que si le travail de l'avortement après l'expulsion du fœtus tend à s'arrêter ou que si le fœtus était expulsé depuis plus de vingt-quatre heures. On pratiquera alors le curage digital, suivi ou non du curettage, suivi ou non d'écouvillonnage ; autrement, en dehors de ces deux dernières circonstances, on attendra que l'expulsion du placenta se fasse spontanément, en la favorisant soit par l'administration d'un gramme de sulfate de quinine en deux cachets, pris à dix minutes d'intervalle, soit par des injections vaginales très chaudes. L'attente de l'expulsion de l'arrière-faix varie, suivant les auteurs, de douze à vingt-quatre heures après l'expulsion du fœtus. Ce délai écoulé, si l'expulsion n'a pas eu lieu, on interviendra par le curage digital suivi ou non du curettage, suivi ou non d'écouvillonnage.

Si pour une raison quelconque, on était obligé de quitter une femme non délivrée et qu'on ne puisse ou sache pas faire le curage digital ou le curettage instrumental, on pratiquera un tamponnement intra-utérin provisoire, afin de mettre la femme à l'abri d'une hémorragie subite, et on fera procéder au plus tôt à l'évacuation de l'utérus.

Nous avons envisagé jusqu'à présent les cas où l'on était appelé auprès d'une femme qui avorte, dans les douze ou vingt quatre-heures qui suivent l'expulsion de son fœtus.

B) Nous allons considérer maintenant, les cas où l'on

n'est appelé auprès d'une femme qui avorte, que vingt-quatre heures après, vers le deuxième, troisième jour, ou même plusieurs jours après. Trois cas sont à envisager :

1^o L'expulsion de l'arrière-faix a été complète ; dans ce cas, on n'a qu'à surveiller la femme en prenant régulièrement sa température et son pouls, en examinant ses lochies, prêt à intervenir au moindre signe d'infection. Exception sera faite à cette pratique dans les cas d'avortement criminel ; on fera alors, l'expulsion de l'arrière-faix étant même complète, un curettage suivi d'un écouvillonnage et d'un drainage. On ne peut savoir si dans ces cas, il n'est pas resté quelques petits débris de caduque dans l'utérus, qui pourraient occasionner une infection.

2^o Lorsqu'on soupçonne la rétention de quelques débris placentaires et à plus forte raison lorsqu'on est sûr de la rétention totale ou partielle du délivre, même lorsqu'il n'y a pas complication, il faut au plus tôt évacuer l'utérus, en pratiquant le curage digital suivi de curettage et d'écouvillonnage.

3^o Si la rétention de l'arrière-faix est compliquée d'hémorragie ou de septicémie, la conduite sera la même que celle indiquée lorsque ces deux complications surviennent dans les 12 ou 24 heures qui suivent l'expulsion du fœtus.

Les femmes ayant avorté seront immobilisées au lit comme après un accouchement à terme, et on instituera chez elles les mêmes précautions antiseptiques que pour ce dernier. Il ne faut pas perdre de vue que chez elles l'involution utérine se fait mal, même après une délivrance complète, et que les rétentions de quelques débris décidaux sont très fréquentes ; deux facteurs suffisants pour prédisposer à l'infection.

Avant de clore cette étude de la conduite à tenir dans

les rétentions placentaires, nous voulons dire quelques mots sur deux questions qui s'y rapportent.

Il arrive quelquefois, très rarement il est vrai, que le placenta est tellement adhérent à l'utérus que ni les doigts ni la curette ne peuvent le décoller ; dans ces cas-là, on fera un tamponnement si l'on est intervenu pour une hémorragie et que celle-ci continue ; dans les autres cas, on établira un bon drainage utérin. S'il survient une infection, ou si celle-ci, existant déjà, elle continue, si l'hémorragie, malgré le tamponnement utérin, continue abondante et grave, on fera une nouvelle tentative pour extraire le morceau placentaire. Si elle échoue on procédera à l'hystérectomie vaginale.

Dans certains cas d'infection puerpérale post-abortum, malgré un et même deux curettages, malgré un traitement général très actif, l'infection non seulement ne s'amende pas, mais continue sa marche et s'aggrave, affaiblissant considérablement la femme.

Que faut-il faire alors ?

Continuera-t-on toujours le traitement général et local suivi, ou bien agira-t-on directement sur la source même de l'infection, sur l'utérus, en pratiquant l'hystérectomie vaginale ?

Nous n'hésitons pas et nous répondons qu'il faut faire l'hystérectomie vaginale, et au plus tôt, avant qu'il ne soit trop tard.

Sur quoi se basera-t-on pour faire l'hystérectomie ? Quelles seront ses indications ?

Nous accordons volontiers qu'il est souvent très difficile de dire d'une façon précise, quand il faut intervenir et quand il faut s'abstenir.

Mouchotte, qui a fait à ce sujet une étude très remarquable, après avoir passé en revue tous les moyens possibles

pouvant fournir une indication : examen bactériologique des lochies et du sang, signes locaux et généraux, conclut que tous ces moyens sont suffisants. Pour lui, ce qui est important à connaître, c'est la résistance organique de l'infectée. « Peut-être, dit-il, trouverons-nous dans cette connaissance l'indication cherchée. » Et il cherche le diagnostic de la résistance organique dans l'examen du sang au point de vue leucocytaire. Les résultats auxquels il a abouti sont très intéressants mais sont encore incomplets.

Alors que faut-il faire ?

Nous pensons que toutes les fois que malgré un traitement local et général très énergique, la température se maintient élevée ou est à de grandes oscillations, que le pouls est fréquent, que l'état général a tendance à périlcliter (en se basant aussi s'il est possible sur l'examen leucocytaire), que tous ces symptômes durent depuis quelques jours sans aucune amélioration, il ne faut pas alors hésiter à faire l'hystérectomie vaginale.

On risque peut-être de faire quelques hystérectomies inutiles, la femme pouvant guérir sans elles, mais on a beaucoup de chances, en procédant ainsi, de sauver beaucoup de femmes.

BIBLIOGRAPHIE

- BAR (Paul), BRINDEAU (A.), CHAMBRELENT (J.). — La pratique de l'art des accouchements, 1907.
- BLONDEL (R.). — Société d'obstétrique de Paris. Séance du 20 mars 1902. L'Obst. 1902.
- BOSSI. — Contributo allo studio della frequenza, delle cause e del trattamento dell' aborto. — [Ann. di Ost. e Gin. n° 2, 1898]. L'Obst., 1898.
- BRION (P.). — Etude critique sur 530 cas d'avortement. Thèse de Paris, 1892.
- BRINDEAU (A.). — Avortement : Chapitre dans « La Pratique de l'Art des Accouchements », de Paul Bar, A. Brindeau, J. Chambre-lent. 1907.
- BRISSAUD (E.), PINARD (A.), RECLUS (P.). — Pratique médico-chirurgicale, 1907. Article : Avortement, par A. Fruhinsholz.
- BUDIN. — A propos du traitement de l'avortement. De l'expression abdomino-vaginale de l'utérus. L'Obst., 1898.
- Importance de la caduque dans les avortements des premiers mois.
- CHALEIX VIVIE et AUDEBERT. — Traitement de l'avortement incomplet, 1896.
- CHAMPETIER DE RIBES. — Sociétés d'Obst., de Gynéc. et de Pédiatrie de Paris. Ann. de Gyn. et d'Obst., 1906.
- COEN (G.). — Il raschiamento immediato nell'aborto incompleto. (Rivista d'Ost. e Ginec., oct. 1897, n° 10, p. 306). L'Obst., 1898.
- COLOMBY (G.-P.). — Recherches sur la rétention du placenta dans l'avortement. Thèse, Paris, 1898.

- CURTIS et OUL. — Anatomie pathologique du polype placentaire. Ann. de Gyn. et d'Obst., 1904.
- DELBET. — Société d'Obst., de Gyn. et de Pédiatrie de Paris. Séance du 14 mai 1906. Ann. de Gyn. et d'Obst., 1906.
- DELESTRE. — De l'avortement, 1904.
- DELÉTREZ. — Contribution à l'étude du traitement de l'infection puerpérale par l'hystérectomie. XIX^e Congrès de l'Association française de Chirurgie, Paris, 4-6 octobre 1906. Revue de Gyn., d'Obst. et de Pédiatrie, nov. 1906.
- DOLERIS (J.-A.) et PICHEVIN (R.). — Introduction à la pratique gynécologique, 1896.
- DOLERIS (J.-A.). — Traitement de l'avortement incomplet. Ann. de Gyn. et d'Obst., 1897.
- DÜRHSSEN. — Danger du curettage après l'avortement. (Münch. med. Woch., n^o 29). L'Obstétrique, 1899.
- FREUND. — Doctrine moderne du traitement de l'avortement. (Zeitschrift für praktischer Aerzte, 1897, in Centr. f. Gynäk., n^o 51, 1897, p. 1103). L'Obst., 1898.
- FRUHINSHOLZ (A.). — Avortement : Article dans la « Pratique médico-chirurgicale, de E. Brissaud, A. Pinard, P. Reclus, 1907. »
- GOILOT (G.). — De l'insécurité du curettage instrumental dans la rétention placentaire. Thèse de Paris, 1906.
- HARTMANN. — Société d'Obst., de Gynec. et de Pédiatrie de Paris. Séance du 14 mai 1906. Ann. de Gyn. et d'Obst., 1906.
- JOUIN (F.), de Paris. — Contribution à l'étude du traitement de l'avortement incomplet. Ann. de Gyn. et d'Obst., 1900.
- KOUNIG (J.-L.). — De l'avortement manqué (missedabortion). Ann. de Gyn. et d'Obst., 1898.
- LAKS. — Avortement provoqué. (Journ. d'Acc. et de Gynec., déc. 1897, Saint-Petersbourg). L'Obst., 1898.
- LEPAGE (G.). — De l'insécurité du curettage instrumental dans les rétentions placentaires post-abortum. Communication faite à la Société d'Obst., de Gynec. et de Pédiatrie. Séance du 14 mai 1906. Ann. de Gyn. et d'Obst., 1906.
- MANDELSTANNE (d'Odessa). — Le curettage comme méthode d'avortement provoqué. (Journal d'Obst. et de Gynec., mars 1897, Saint-Petersbourg.) L'Obst., 1897.
- MAYGRIER. — Communication faite à la Société Obstétricale et Gynécologique de Paris, le 8 juillet 1897. L'Obstétrique, 1897.

- MOUCHOTTE (J.). — L'Hystérectomie dans l'infection puerpérale post-abortum. *Annales de Gyn. et d'Obst.*, 1904.
- MOURATOW. — Du curettage comme méthode d'avortement artificiel. (*Journal d'Obst. et de Gynec.*, oct. 1896, Saint-Pétersbourg). *L'Obst.*, 1897.
- OUI. — Contribution à l'étude du curettage utérin dans les complications de la rétention placentaire post-abortive. *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, 1895.
- PICHEVIN (R.). — Des accidents causés par le curage utérin. *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, 1895.
- PINARD. — Société d'Obst., de Gyn. et de Pédiatrie de Paris. *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, 1906.
- PINTO. — Recherches histologiques sur le curettage post-abortum. *Archivio di Ostetricia*, avril et mai 1906.
- PLATON (J.-Ch.). — Leçons cliniques de Gynécologie, 1906.
- POZZI. — Technique du curettage après l'accouchement et après l'avortement. *Concours médical*, 1905.
- Société d'Obst., de Gyn. et de Pédiatrie de Paris, *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, 1906.
- PUECH. — Une observation de vomissements incoercibles. Du curettage comme méthode d'avortement artificiel. *Ann. de Gyn.*, 1895.
- Guide de Thérapeutique obstétricale, 1903.
- REYNÈS (L.). — Rétention placentaire post-abortive. *Revue pratique de Gynec., d'Obst. et de Pédiatrie*, nov. 1906.
- RIBEMONT-DESSAIGNES (A.). et LEPAGE (G.). — Précis d'Obstétrique. VI^e édition, 1904.
- RICHARD (J.). — Contribution à l'étude du traitement des rétentions placentaires après l'avortement. Thèse de Paris, 1906.
- RISS (R.). — Curettage ou curage digital dans les rétentions placentaires post-abortives. *Revue pratique de Gyn., d'Obst. et de Pédiatrie*, déc. 1906.
- ROEMHELD. — Causes et traitement de l'avortement et de l'accouchement prématuré habituels. (Dissert. inaug., Heidelberg, 1895, *Anal. in Cent. fur Gyn.*, 1895, n° 39, p. 1051). *L'Obst.* 1896.
- ROUVILLE (G. de) et BRAQUEHAYE. — Consultations chirurgicales à l'usage des praticiens, 1901.
- ROUVILLE (de). — Consultations de Gynécologie à l'usage des praticiens, 1902.

- SALLES. — Traitement de la rétention de l'arrière-faix dans l'avortement incomplet. *Gazette de Gynécologie*, 1904.
- SCHWAB. — De l'emploi du sulfate de quinine dans le traitement de l'avortement incomplet. *L'Obstétrique*, 15 mai 1897.
- SELLHEIM. — Règles et dangers du traitement de l'avortement. (In *München med. Woch.*, 1902, n° 10). *L'Obst.*, 1902.
- SOREL et HAMON. — Traitement des complications de l'avortement. — Du curettage et de ses indications. (Extrait de la *Normandie médicale*, 1896). *L'Obstétrique*, 1896.
- TARNIER (S.) et BUDIN (P.). — *Traité de l'art des accouchements*, 1886.
- TOUPET et HARTMANN. — *Ann. de Gyn.*, 1895.
- VARNIER. — *Revue pratique d'Obstétrique et d'hygiène de l'enfance*, 1893.
- WALLICH. — *Société d'Obstétrique, de Gyn. et de Pédiatrie de Paris. Ann. de Gyn. et d'Obst.*, 1906.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 1^{er} juin 1907.
Le Recteur,
BENOIST.

Vu et approuvé
Montpellier, le 1^{er} juin 1907.
Le Doyen,
MAIRET.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
PREMIÈRE PARTIE. — GÉNÉRALITÉS. — PRONOSTIC.	11
CHAPITRE PREMIER : GÉNÉRALITÉS (Définition, fréquence, époque, causes et mécanisme et enfin destinée de l'arrière-faix retenu après l'avortement)	11
CHAPITRE II : PRONOSTIC DES RÉTENTIONS PLACENTAIRES APRÈS L'AVORTEMENT.	21
DEUXIÈME PARTIE. — ETUDE CRITIQUE DES DIFFÉRENTES MÉTHODES EMPLOYÉES DANS LA THÉRAPEUTIQUE DES RÉTENTIONS PLACENTAIRES POST-ABORTUM COMPLIQUÉES OU NON.	29
CHAPITRE PREMIER : MÉTHODES EMPLOYÉES DANS LA THÉRAPEUTIQUE DES RÉTENTIONS PLACENTAIRES COMPLIQUÉES D'HÉMORRAGIE OU DE SEPTICÉMIE	30
CHAPITRE II : MÉTHODES EMPLOYÉES DANS LA THÉRAPEUTIQUE DES RÉTENTIONS PLACENTAIRES NON COMPLIQUÉES	33
Article premier : Méthode expectative armée	33
Observation personnelle.	37
Article II : Méthode interventionniste	39
Article III : Méthodes diverses	43
TROISIÈME PARTIE. — ETUDE CRITIQUE DES DEUX INTERVENTIONS : LE CURAGE DIGITAL ET LE CURETTAGE INSTRUMENTAL	49

CHAPITRE PREMIER : TECHNIQUE OPÉRATOIRE DU CURAGE DIGITAL	
ET DU CURETTAGE INSTRUMENTAL	50
Article premier : Curage digital	50
Article II : Curettage instrumental	56
CHAPITRE II : AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS DE CES DEUX OPÉRA-	
TIONS. — LEURS INDICATIONS. — CONDUITE DE QUELQUES	
AUTEURS DANS LA THÉRAPEUTIQUE DES RÉTENTIONS PLACEN-	
TAIRES COMPLIQUÉES OU NON	65
Article premier : Avantages et inconvénients du	
curage digital	65
Article II : Avantages et inconvénients du curet-	
tage instrumental	68
Article III : Indications du curage digital et du	
curettage instrumental. — Conduite de quel-	
ques auteurs dans la thérapeutique des réten-	
tions placentaires compliquées ou non	72
QUATRIÈME PARTIE. — CONDUITE A TENIR DANS LES	
RÉTENTIONS PLACENTAIRES COMPLIQUÉES OU NON	
(CONCLUSIONS)	83
BIBLIOGRAPHIE.	95

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

