

Bibliothèque numérique

medic@

**Flandrin, Joseph (1867-1942). - Contre
le tampon statique de 26 cas de
placenta praevia**

après 1895.

Cote : ms 2545-6

Ms. 2545-6-7 7

Contre le tampon

Statistique de 26 cas de Placenta praevia

Nota complur le Dr Arnaud (de de Rochette-Savie),
a euage à la Société de médecine de l'Isère la
relation d'un cas de placenta praevia terminé
heureusement pour la mère et l'enfant qui nous
a paru devoir susciter quelques réflexions.

Elles se porteront que sur l'usage qui fut fait
dans ce cas du tamponnement vaginal pour
lutter contre l'hémorrhagie et de son emploi
exclusif. Disons donc de suite que nous
sommes ennemi résolu de cette méthode et
hâtons nous d'ajouter que nous ne nous n'avons
pas la prétention de vouloir ici démontrer ses
defauts. - C'est chose faite depuis longtemps
et exposé tout au long dans les ouvrages
classiques de ces 10 dernières années. On
peut dire que la question a été ^{definitivement} mise au
point par Tarnier dans ses leçons de 1894
et que ^{qu'à} ^{cette date} ^(avait) ^{pu} ^{fin} le
regne du tampon volumineux comme le contenu
d'un haut de forme qu'avait imposé à l'esprit
de plusieurs générations l'autorité et la verve
de Pajot. - Le procès du tampon dans les
cas de placenta praevia a été jugé et ^{sa cause} ^{Meroc}
blément perdu. Tarnier en fut en France le
dernier défenseur. Mais essaya de prendre sa
défense, mais les arguments développés par Pinard
avaient serré la question de trop près pour
laisser le moindre doute dans les esprits et
les ^{nos} ^{chiffres}, ainsi que nous le verrons, toute à
l'heure, ~~et~~ ~~il~~ ^{qui} ^{étaient} ^{favorables}.

Bourrer de tampons la cavité à parois fines
fines et saignantes, les tasser sur la lumière
des vaisseaux ouverts pour en obtenir l'obturation

immédiate, constitue une manœuvre absolument logique, et dont le résultat thérapeutique est assuré. mais vouloir transporter ce raisonnement à la région Vagino utérine et en particulier à l'utérus gravide, lier sans cesse au mouvement des fait des contractions musculaires qui l'anime, ne répond pas à une réalité raisonnablement envisagée. Le tampon, quelque volumineux qu'on l'établisse, ne s'appuie sur rien, sauf cependant sur la périphérie de la cavité vaginale où il n'a rien à faire, sûrement pas sur la surface utérine qui saigne et sa pression essentiellement concentrique par rapport au globe utérus gravidique lui permet tout juste d'être utile, peut-être; dans le court moment de la contraction du muscle utérin.

C'est d'autre part un facteur d'illusion dangereuse, et plus il est volumineux (donc bien fait d'avoir ses parties) plus il est dangereux, car pendant plus longtemps il donnera l'espoir trompeur de l'hémorrhagie arrêtée alors qu'il se gonflera sous le poids de serum sanguin, soustrait à la parturiente d'autant plus de vie qu'il aura mis de temps à suinter au dehors.

Que faudrait-il donc qui fut son contraire, [?] quelle force excentrique pourrait remplir l'office indispensable ~~coller~~ et maintenir sur la surface utérine saignante la région placentaire décollée, ou obturer ses vaisseaux saignant comme on le ferait avec la main si la chose était possible [?]

Le Professeur Pinard a montré qu'il suffisait de savoir lire et interpréter simplement les actes naturels pour avoir la solution du problème.

Qui dit placenta praevia (expression commode et que nous ma part je conserve) ne veut pas dire cotylédons sur l'orifice interne du col; nous savons ^{que} tout placenta dont le bord est inscrit dans la zone dangereuse du segment inférieur peut à un moment saigner.

et que d'autre part le tiraillement des membranes et en particulier du chorion est la cause de son décollement partiel et suffisant pour l'hémorrhagie mortelle. Pinard nous a montré que très souvent le placenta est ainsi inséré et que l'écoulement de sang n'est pas toujours inévitable, car si les membranes se tendent prêtes à faire glisser le placenta sur la surface où il adhère elles ne sont pas toujours assez fortes pour résister à la pression qui les tend et se rompent. C'est la rupture prématurée spontanée et... providentielle des membranes; l'accouchement s'en suit ^{l'œuf naturellement soulevé} et l'œuf s'étant ouvert, et jusqu'à un ^{personne} travail de Pinard ~~ne n'avait~~ n'avait dit que l'œuf venait de passer à côté de l'hémorrhagie du placenta anormalement inséré et de ses graves conséquences.

Et bien lorsque c'est le placenta qui a cédé et non les membranes et que cela saigne il faut se hâter de faire ce que la nature n'a pas fait. Il faut rompre les membranes, avec le doigt avec un bout de pince avec n'importe quoi, il faut les rompre à tout prix et largement il faut détruire tout le pôle membraneux inférieur de l'œuf - C'est là le 1^{er} acte essentiel du traitement ~~de~~ de l'hémorrhagie due au placenta ^{manœuvre est facile} praevia. Et celle-ci s'arrête 1^o parce que la surface saignante ne peut plus s'augmenter, les membranes lésées n'étant plus là - 2^o parce que la présentation ^{quelque} quelle elle soit, l'œuf s'étant vidé de son eau, vient sous l'influence de la ~~pression~~ tonicité du muscle utérin, même en dehors du moment des contractions, remplir l'office ^{du} tampon et utile tampon excéntrique que nous ~~avons~~ ^{avons} plus haut démontré précédemment.

Est-ce une présentation du sommet à laquelle on ait à faire? c'est là le cas le plus favorable et il se comprend aisément.

Est-on en présence d'une présentation du siège.



il faut tenter d'abaisser au pied le haut de la cuisse et le siège formant l'idéal tampon - ou bien recourir - ou une présentation de l'épaule, il faut s'ingénier à la transformer en siège par version bipolaire selon la méthode de Manton Hicks ; c'est toujours du tamponnement que l'on opère mais de vrai celui-là, de dedans en dehors !

Mais il arrive surtout dans les présentations du siège et de l'épaule, fréquentes lorsque le placenta insère bas à gêner l'accommodation fœtale, que l'on puisse craindre de ne pas réussir les manœuvres désirables en opérant à travers un col insuffisamment dilaté et c'est alors que l'on se trouve bien de l'emploi du ballon de Champetier -

Nous n'allons pas décrire cet instrument classique, son volume égal à la tête du fœtus à terme ne devant servir qu'à la dilatation artificielle du col dans l'esprit de son inventeur, mais à l'usage on s'aperçoit qu'il pourrait aussi bien la suppléer en tant que compresseur et son rôle dans la thérapeutique du placenta praevia a peut-être prêté celui que lui assignait tout d'abord son auteur : nous voulons ~~est~~ établir le point suivant.

Doit-on avant d'introduire le ballon de Champetier dans l'utérus pour arrêter l'hémorrhagie du au décollement placentaire avoir préalablement rompu les membranes, ou s'efforcer de les rompre au cours de l'introduction du ballon ?

C'est là un point sur lequel les auteurs ne semblent pas avoir attiré suffisamment l'attention.

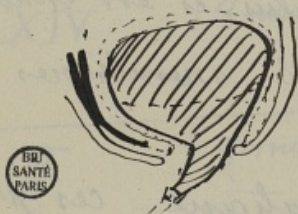
Il peut sembler à première vue illogique après avoir préconisé d'une façon instantanée la rupture large des membranes de poser une telle question, mais la pratique nous a donné depuis longtemps des enseignements tels qu'elle n'est pas déplacée ici de l'envisager sous ce jour nouveau.

Si l'on a pas sous la main un ballon de Champetier je repèterai ce que j'ai dit plus haut. Il n'y a qu'une chose à faire - rompre et détruire le pôle inférieur de l'œuf.

Mais si l'on a pris ses dispositions pour placer le ballon il n'en est plus de même.

Le placement du Champetier doit toujours se faire avec douceur, la pince porte-ballon doit glisser d'elle-même entre l'utérus et les membranes, être avalée pour ainsi dire par l'utérus, sa mise en place n'équivaut donc pas forcément à l'ouverture de l'œuf.

Et bien, si l'intégrité de celui-ci a été respectée elle doit l'être encore pendant le gonflement du ballon, elle peut l'être du moins et le but que l'on poursuit c'est à dire la compression des régions saignantes n'est pas moins toujours obtenue même si les membranes sont restées ~~en place~~ ^{intactes}.



C'est là un fait que la pratique vérifie toujours ^{soulevé}.

La portion d'œuf ~~decolle~~ ^{se décolle} par le ballon se replie devant lui et se rabat sur

la région où elle n'out pu être décollée, en l'espèce la région placentaire, et la tension intra-ovulaire est augmentée proportionnellement au gonflement du ballon sans qu'il y ait lieu de s'en préoccuper.

Il n'y a donc pas lieu de ^{s'efforcer à} rompre les membranes avant l'introduction du Ballon de Champetier. ~~dans le~~ Je pense même qu'il est préférable de les conserver intactes : en effet la vitalité fœtale est bien mieux préservée pendant tout le temps que dure le travail et d'autre part on bénéficiera de la présence du liquide si au dernier moment on veut avoir recours à la version podalique par exemple pour terminer l'accouchement ou bien si l'on se trouve à la fin du travail en

Présence d'une présentation du siège : car le ballon est souvent la cause d'une variation de présentation.

Au moment où le ballon sera retiré il faudra se hâter de rompre les membranes, c'est aussi l'instance rapide d'une intervention terminale et nous n'avons jamais eu à ce moment à regretter une perte de sang inquiétante : souvent la présentation survenue le ballon a mesure que la dilatation du col s'accomplit a joué normalement à son tour le rôle de tampon.

Enfin ^{est-il des} quelles sont les indications particulières à l'emploi du ballon de Champetier, doit-on toujours le placer ? Je pense que d'une façon générale en présence d'hémorragies du au décollement du placenta anormalement inséré il faut toujours penser à l'emploi, mais que la rupture large des membranes suffit lorsque ^{celles-ci sont très décollées} le ~~bord~~ ^{le bord} placentaire ~~affleure~~ ^{affleure} à peine le bord de l'orifice interne du col, et qu'au contraire le ballon doit être placé dès l'abord lorsque celui-ci est entièrement recouvert par les cotyledons et que les membranes sont difficilement ^{à attendre} accessibles.

C'est en mettant en pratique ces principes que nous avons traité jusqu'à ce jour 26 cas de placenta praevia saignants.

Dans la statistique qui va suivre nous ne donnerons que des pourcentages ~~glob~~ totaux.

Pour ce qui est de la survie infantile nous considérerons comme vivants tous les enfants qui respiraient à leur naissance, même s'il n'ont vécu que quelques heures et cela nous paraît logique car on mettrait les prématurés décédés au bout de ⁹⁹ 24 heures par exemple faute de la capacité de vivre, ^{à leur place} ~~ne peut être~~ charge d'aucune méthode ~~assurément~~ ^{mis} à la

Statistique personnelle de 26 cas de pl. praevia

Parité	age de la grossesse	Intervention	Mère Décédée vivante	Enf. Décédée vivante
A. IV	8 mois 1/4	acc. provoqué ballon Version - Épaule.		mort-né
D. IX	8 mois.	Ballon - placenta centré pour centre perforé. Forceps.		mort-né
P. IX	7 mois.	rupture artif. des membranes Version - acc. accéléré.		24870 D. 24870
C. V	6 mois 1/4.			mort-né
D. IX	8 mois 1/4	<u>Tamponnement vaginal</u> ruptures membranes. siège - abaissement pied.	<u>Décédée</u>	mort-né macéré.
T. II	8 mois.	Ballon de Champetier.		24870 D. 24870
G. VII	5 mois.	Ballon de Champetier. rupture des membr.		600 gr. à 10.
G. IV	9 mois.	rupt. art. des membr. Ballon de Champetier.		Vécu
C. IV	6 mois.	Version rupt. art. des membranes - siège		à 24 heures
J. II	8 mois 1/4.	rupture spontanée des membranes.		à 19 heures
G. XIV	8 mois 1/4.	Dechirure art. des membranes. Dilat. manuelle - Version podalique.		à 19 heures
M. I	9 mois.	Rupt. art. des membr. acc. accéléré - Version podalique.		mort-né macéré
S. II	8 mois	rupture spontanée ^{et prématurée} des membranes. Ballon de Champetier.		mort-né macéré
L. I	6 mois 1/4.	rupture artif. des membranes.		14.030 à 19 heures 995 minutes
R. III	8 mois.	acc. provoqué - Ballon de Champetier - Siège.		à 19 heures
C. I	7 mois 1/4	acc. provoqué - Ballon de Champetier - Siège.		à 19 heures 3/4
P. VII	9 mois	<u>Tamponnement vaginal</u> version podalique	<u>Décédée</u> 8' infection 1070	mort-né
B. II	8 mois 1/4	rupture art. des membr.		à 19 heures

Parité	age gross.	Interventions	mère	Enfant
			D. V.	D. V.
L. III	9 mois	Rupt. art. membrane. Siège.		mort-né
G. VII	9 mois	Rupt. artif. des membrs. forceps (sommet).		a vécu 4 heures.
P. VI	7 mois	Tamponn. vaginal. Rupt. art. membrane. acc. accéléré - Siège.	Décédée	à vécu.
C. VIII	9 mois	Rupt. artif. membr. Épaulé - Version podalique.		mort-né.
J. IV	9 mois	Rupture spont. des membranes.		vivant.
J. IV	9 mois	Rupture spont. précoce prematurée des membrs.		vivant.
J. V	9 mois	Rupt. artif. des membrs - p. un ballon de champagne - Forceps		vivant.
C. I	9 mois	Rupture spont. des membrs. - siège de complète mode des fesses.		vivant.
26			3	9

Recapitulation : 26 Mères : 3 mortes = 11,5 % de décès
 26 enfants : 9 morts-nés = 34,61 % de décès

Seules
 Les 3 femmes mortes avaient été tamponnées. ~~toutes trois~~
 Voici leurs observations résumées.

I^{re} M^{me} D. IX par. habitant une localité voisine de Grenoble, est
 envoyée à la maternité de l'hôpital par un de nos confrères qui
 en présence d'une abondante hémorragie au 8^e mois 1/2 de la grossesse
 l'a soigneusement tamponnée 18 heures avant son arrivée dans notre

fièvre. Je la detamponne aussitôt et trouve au
niveau du col dilatable (grande multipara) mais non encore
complètement effacé les membranes intactes : je les romps
saisit et abaisse un pied qui est maintenant tiré par un
poids glissant sur une poulie fixée au pied du lit. -
La femme est ensanguinée (serum artificiel sous la peau -
ether et caféine en inj. hypodermique, respiration artificielle. -
Le col s'étant un peu dilaté - je pratique l'acc. forcée avec dilat.
manuelle du col péniblement - essais infructueux de basiotripsie
puis de céphalotripsie tête dernière - qqs incisions du col
permettent enfin la sortie de la tête. -
Delivrance artificielle - aucune hémorrhagie. -
La femme meurt 1/2 heure après l'acc. d'œdème aiguë.
Pas d'anesthésie pendant toutes ces manœuvres.

II. ~~Je suis~~ Je suis appelé par deux de nos confrères assez loin de
Grenoble auprès de M^{me} F. VII^e pare, me priant d'apporter le
Ballon de Champetier - hémorrhagie de placenta praevia. -
Début du ^{spontané} travail il y a 48 heures environ - rupture spontanée des
membranes il y aurait 18 heures. - la malade perdait depuis ce
moment la tête tamponnée vers 4 heures de l'après-midi. Je
la vois à 7 heures du soir : on m'annonce à mon arrivée
qu'il n'y a plus rien à faire qu'elle est en train de mourir.
Cependant sous l'influence d'une inj. sous-cutanée de 150 gr
de serum artificiel le poulx réapparaît, et le tamponnement
une fois enlevé ^{il continuait à monter au dehors} trouvant le col dilaté comme la paume de la
main après un essai infructueux d'engagement au forceps, de
pratique la version et amène facilement un enf. mort. né.
Delivrance par expression - c'était un cotylédon adhérent qui était
praevia et a causé l'hémorrhagie. - Perte de sang insignifiante
pendant les manœuvres qui ont été pratiquées sous
anesthésie. 
M^{me} F. est décédée d'infection 10 jours après.

III. Appelé par un de nos confrères auprès de M^{me} P. VI^e pare.
Je trouve une femme grosse de 7 mois 1/2 environ, pendant beaucoup d'années
48 heures, et actuellement tamponnée - très faible. Tâtais ^{depuis} ~~depuis~~ ^{depuis} ~~depuis~~
préparatifs pour être prêt à toute intervention - le Ballon de Champetier
est préparé. Anesthésie au chloroforme. - J'enlève le tampon en

chapelet classique gorge de sang.

Cal dilaté comme § 1^{er} mai que l'on sent dilatable.
Introduction de 4 puis de 3 doigts - enfin de la main qui
glisse vers la gauche reclinant le placenta dont les cotylédons
recouvrent l'ore du cal. - Les membranes intactes sont
effondrées rapidement, saisie d'un pied - abaissement et
extraction rapide et facile d'un enfant tout menu (fille).
Toutes les phases de l'intervention n'ont pas duré
trois minutes - et avaient commencé 5 minutes seulement
après le début de l'intervention.

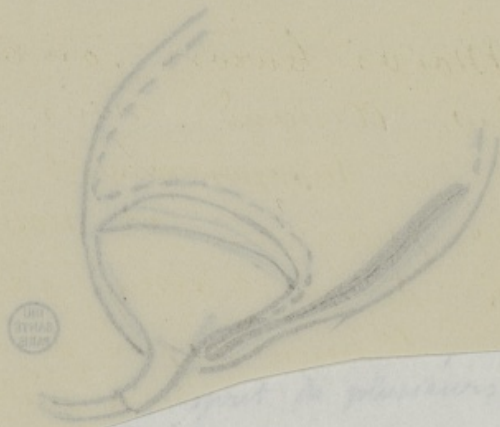
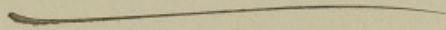
Délivrance par expression pure obtenue 3 minutes environ
par l'extraction facile. (Point d'hémorragie depuis la rupt. de
membranes).

Il semblait que tout se fut passé dans des conditions
favorables pour l'accouchée, mais la perte sanguine subie
avait été trop forte et malgré un inf. sous cutané d'un
litre de serum artificiel elle mourait 3 heures après
l'accouchement.

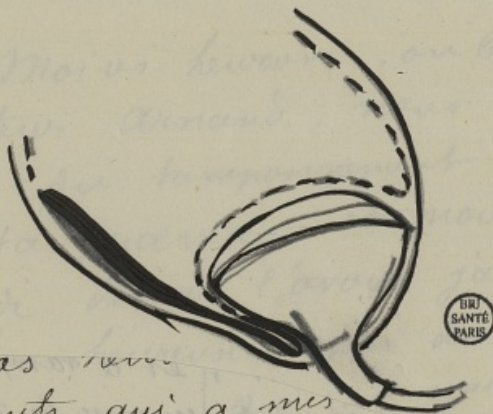
Meines lieues, on le voit, que notre confrère
le docteur Arnand, nous n'avons eu ^{jamais} qu'à déplorer
l'usage du tamponnement vaginal dans les cas de
placenta praevia et nous sommes toujours
applaudi de ne l'avoir jamais employé nous-même.
Un ^{seul} cas heureux, après des péripéties et une suite
d'incidents qui a mis à maintes reprises la vie de la
patiente en danger, n'est pas fait pour ~~non~~ modifier
sur ce point notre manière de voir.

Aussi, d'ores et déjà nous a-t-on nouveau : en présence
d'une hémorragie due à l'insertion vicieuse du placenta
et nécessitant l'interruption impériale de la grossesse.
rompre les membranes et ~~détacher~~ ^{ouvrir} largement le
pôle inférieur de l'œuf. - Quant au ballon de Champetier
c'est un instrument indispensable au médecin qui
est appelé à pratiquer des accouchements - nous n'avons
eu quant à nous qu'à nous louer de son usage ^{tout}
les fois qu'il en fut besoin ^{et nous savions bien recommander son} ~~et tout particulièrement~~
dans le traitement des accidents ^{qui nous occupent ici} ~~hémorragiques~~ ^{employés}

Da placenta praevia



part de plusieurs fois...
du tamponnement dans le cas de placenta praevia
en raison de l'abaissement de la pression
dans le bassin, on a essayé de le faire
remonter en comprimant les vaisseaux par le
tamponnement. On a pu ainsi le faire remonter
dans le bassin, mais on a vu que le tamponnement
n'est pas toujours efficace. On a vu aussi que
le tamponnement peut causer des complications
sérieuses, comme l'infarctus du placenta, l'infarctus
du col, l'infarctus du myomètre, etc. On a vu
aussi que le tamponnement peut causer des
lésions du fœtus, comme l'asphyxie fœtale, le
délivrance prématurée, etc. On a vu aussi
que le tamponnement peut causer des lésions
de la mère, comme l'infarctus du myomètre,
l'infarctus du col, l'infarctus du placenta, etc.



Un cas rare
 d'incident qui a mis
 patiente en danger, n'est pas par
 sur ce point notre manière de voir.
 Aussi, devons nous à nouveau : en presen
 d'une hémorrhagie due à l'insertion vicieuse de
 et nécessitant l'interruption impériale de la g
 rompez les membranes et ~~destruisez~~ ^{ouvrez} les largemen
 Pôle inférieur de l'œuf. — Quant au ballon de
 c'est un instrument indispensable au médecin
 est appelé à pratiquer des accouchements - nous
 en quant à nous qui a nous louer de son usage
 les fois qu'il en fut besoin ^{et ne saurions trop le recommander} et tout particulièrement
 dans le traitement des accidents ^{qui nous occupent ici} hémorrhagiques

Gaulard
autog.Contre le tamponnement Vaginal. - Statistique
de 26 cas de placenta praevia.Par le Dr Flandrin, Médecin - accoucheur,
de l'Hôpital de Grenoble

Notre Confrère le Dr Arnaud (de la Rochette - Savoye) a envoyé à la Société de médecine de l'Isère la relation d'un cas de placenta praevia heureusement terminé pour la mère et l'enfant, qui nous a paru devoir susciter quelques réflexions.

Celles-ci ne porteront que sur l'usage exclusif qui fut fait dans ce cas du tamponnement vaginal pour lutter contre l'hémorrhagie et activer le travail.

Disons donc de suite que nous sommes ennemi résolu de cette méthode et hâtons nous d'ajouter que nous ne voulons pas paraître avoir la prétention de vouloir ici découvrir et démontrer ses défauts.

C'est là, en effet, chose faite depuis longtemps et exposé tout au long dans les ouvrages classiques de ces dix dernières années. Varnier dans ses leçons de 1895 mit définitivement la question au point et c'est de cette date que prit fin dans l'obstétrique française le règne du tampon volumineux comme le contenu d'un chapeau haut de forme qui avaient imposé à l'esprit de plusieurs générations l'autorité et la verve d'un Pajot.

Le procès du tamponnement dans les cas de placenta praevia a été jugé et sa cause irrémédiablement perdue malgré que l'arnier ait le dernier en France essayé de prendre sa défense; les arguments développés contre son emploi par Pinard avaient serré la question de trop près pour laisser le moindre doute dans les esprits et nous verrons toute à l'heure que les chiffres continuent à leur demeurer favorables.

Pourrer de tampons une cavité à parois fixes, les tasser sur la dernière des variétés ouvertes pour en obtenir l'obturation immédiate, constitue une manœuvre absolument logique et dont le résultat thérapeutique est assuré. Mais vouloir transporter cette pratique à la région vaginal-utérine (l'utérus étant gravide), ne répond pas à une réalité.

'raisonnablement envisagée'.

de tampon, quelque volumineux qu'on l'imagine, ne s'appuie sur rien. si ce n'est cependant sur la périphérie de la cavité vaginale où il n'a rien à faire (sûrement pas sur la surface utérine qui saigne), la pression essentiellement concentrique par rapport au globe utérin lui permettant tout juste d'être utile - peut-être ? - dans le court moment de la contraction du muscle utérin.

C'est d'autre part un facteur d'illusion dangereuse, et plus il est volumineux, (donc bien fait diront ses partisans), plus il est dangereuse, car pendant plus longtemps il donne l'espoir trompeur de l'hémorrhagie arrêtée, alors qu'il se gonflera sournoisement de serum sanguin, soutirant à la parturiente d'autant plus de vie qu'il aura mis davantage de temps à suinter au dehors.

Que faudrait-il donc qui fut son contraire ? quelle force excentrique pourrait remplir l'office indispensable, maintenant sur la surface utérine saignante la région placentaire décollée, ou obstruer ses vaisseaux saignants, comme on voudrait le faire avec la main si la chose était possible ?

Le Professeur Pinard a montré qu'il suffisait de savoir lire et interpréter simplement les actes naturels pour avoir la solution du problème.

Qui dit *placenta praevia* (expression commode et que pour ma part je conserve) ne veut pas dire cotylédons sur l'orifice interne du col ; nous savons que tout placenta dont le bord est inscrit dans la zone dangereuse du segment inférieur peut à un moment donné saigner et que d'autre part le travail des membranes et en particulier du chorion est la cause de son décollement partiel et suffisant pour l'hémorrhagie mortelle.

Pinard nous a montré que très-souvent le placenta est ainsi inséré et que l'éclatement du sang n'est cependant pas toujours inévitable ; en effet si les membranes sont prêtes à faire glisser le placenta sur la surface où il adhère, elle ne sont pas dans tous les cas assez résistantes pour contrebalancer la pression intérieure qui les tend, et se rompent.

C'est la rupture prématurée spontanée et... providentielle des membranes. L'œuf s'étant ouvert le travail commence tout naturellement, l'accouchement s'en suit sans incident, et jusqu'aux travaux de Pinard personne



3

n'avait dit que l'on venait de passer à côté de l'hémorragie du placenta anormalement inséré et de ses graves conséquences.

Et bien, lorsque c'est le placenta qui a cela et que cela saigne, il faut se hâter de réparer ce que la nature a mal fait: il faut rompre les membranes avec le doigt, avec un bout de pince, avec n'importe quoi, il faut les rompre à tout prix et largement et détruire tout le pôle membraneux inférieur de l'œuf.

C'est là le premier acte essentiel du traitement de l'hémorragie du placenta prævia et cette manœuvre est parfaite:

1^o parce que la surface saignante ne peut plus s'augmenter, les membranes tendues n'étant plus là.

2^o parce que la présentation, quelle qu'elle soit, l'œuf s'étant vidé de son eau, vient sous l'influence de la tonicité du muscle utérin, (même au dehors du moment des contractions), remplir l'office du vrai et utile tamponnement concentrique que nous réclamions précédemment.

Est-ce une présentation du sommet à laquelle on ait à faire? c'est là le cas le plus favorable et il se comprend aisément, la tête venant s'appliquer exactement dans le segment inférieur qu'elle remplit.

Le troussé - t-on en présence d'une présentation du siège? il faut tenter d'abaisser un pied, le haut de la cuisse et le siège formant un tampon idéal.

On lient - t-on une épaule? on doit s'ingénier à la transformer en siège par la version bipolaire décrite par Braxton-Hicks.

Dans les trois cas c'est toujours du tamponnement que l'on opère, mais du vrai celui-là, de dedans en dehors!

Cependant dans les présentations du siège et de l'épaule, si fréquentes lorsque le placenta inséré bas a gêné l'accommodation, on est en droit de craindre de ne pas réussir aisément les manœuvres que nous venons d'indiquer, surtout alors qu'on opère à travers un col insuffisamment dilaté, et de perdre une grosse partie du bénéfice de la dilaceration de l'œuf. C'est alors que l'on se trouve bien de l'emploi du ballon de Champetier.

Nous n'avons pas à décrire cet instrument classique. Dans l'esprit de son constructeur, son volume égal à celui de la tête du fœtus à terme ne devait servir qu'à



la dilatation artificielle du col, mais à l'usage ⁴
 on s'aperçut vite que c'était là un compresseur
 parfait et son rôle dans la thérapeutique du placenta
 praevia a peut-être prîmi celui que lui assignait tout
 d'abord son auteur.

Or il est un point sur lequel les auteurs ne semblent
 pas avoir attiré suffisamment l'attention : c'est le
 suivant.

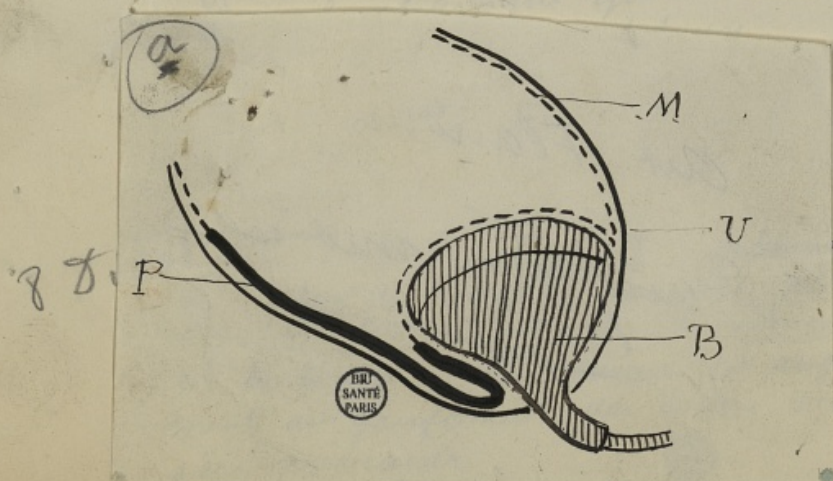
Doit-on, avant d'introduire le ballon de Champetier dans
 l'utérus, pour arrêter une hémorrhagie de décollement
 placentaire, avoir préalablement rompu les membranes,
 ou s'efforcer de les rompre au cours de la manœuvre ?

Il peut sembler illogique à première vue, après avoir
 préconisé d'une façon instantanée la destruction large des
 membranes, de poser une telle question, mais la pratique
 nous a donné depuis longtemps à cet égard des enseigne-
 ments tels qu'il n'est pas déplacé de l'envisager sous
 ce jour nouveau.

L'introduction du ballon de Champetier est une manœuvre
 de douceur ; la pince porte-ballon doit glisser d'elle-même
 entre l'utérus et les membranes, être avalée pour ainsi dire
 par l'utérus, sa mise en place n'équivaut donc pas
 forcément à l'ouverture de l'œuf.

Et bien si l'intégrité de celui-ci a été respectée, et
 qu'elle le soit encore pendant le gonflement du ballon,
 le but que l'on poursuit, c'est-à-dire la compression des
 régions saignantes n'en est pas moins toujours obtenue.
 C'est là un fait que la pratique vérifie toujours.

La portion d'œuf (membranes et languette placentaire
 praevia) soulevée par le ballon se replie devant lui (fig I)



de la mise en
 l'intégrité de l'œuf.
 — B : ballon de Champetier,
 montée proportionnelle
 es qu'il y ait lieu de

la dilatation artificielle du col, mais à l'usage ⁴
 on s'aperçut vite que c'était là un compresseur
 parfait et son rôle dans la thérapeutique du placenta
 praevia a peut-être prîné celui que lui assignait tout
 d'abord son auteur.

Or il est un point sur lequel les auteurs ne semblent
 pas avoir attiré suffisamment l'attention : c'est le
 suivant.

Doit-on, avant d'introduire le ballon de Champetier dans
 l'utérus, pour arrêter une hémorrhagie de décollement
 placentaire, avoir préalablement rompu les membranes,
 ou s'efforcer de les rompre au cours de la manœuvre ?

Il peut sembler illogique à première vue, après avoir
 préconisé d'une façon instantane la destruction large des
 membranes, de poser une telle question, mais la pratique
 nous a donné depuis longtemps à cet égard des enseigne-
 ments tels qu'il n'est pas déplacé de l'envisager sous
 ce jour nouveau.

L'introduction du ballon de Champetier est une manœuvre
 de douceur ; la pince porte-ballon doit glisser d'elle-même
 entre l'utérus et les membranes, être avalée pour ainsi dire
 par l'utérus, sa mise en place n'équivaut donc pas
 forcément à l'ouverture de l'œuf.

Et bien si l'intégrité de celui-ci a été respectée, et
 qu'elle le soit encore pendant le gonflement du ballon,
 le but qu'on se propose, c'est-à-dire la compression des
 régions so-

la port
 praria)

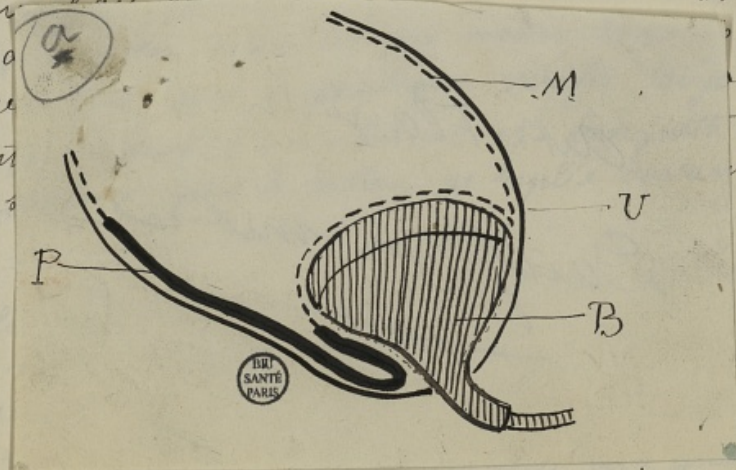


Fig. I : Schéma de la mise en
 place du ballon de Champetier avec intégrité de l'œuf.
 U : utérus - P : placenta. - M : membranes. - B : ballon de Champetier.
 et la tension intra-utérine est augmentée proportionnelle-
 ment au gonflement du ballon sans qu'il y ait lieu de
 s'en préoccuper.

Statistique personnelle de 26 cas de placenta praevia

6

Parité	âge de la grossesse	Interventions (1)	mère		Enfant	
			Décédée	Vivante	Décédée	Vivante
A. IV	8 mois 1/2	Accouchement provoqué - Ballon Épaulé - Version.			mort-né	
D. IX	8 mois.	Placenta, centre pour centre, perforé - Ballon Forceps			mort-né	
P. IX	7 mois.	Rupture artificielle des membranes. Accouchement accéléré - Version.				a vécu 44 heures
C. V	8 mois 1/4				mort-né	
D. IX	8 mois 1/4	Lamponnement vaginal. Ruptures membranes - Siège.	Décédée		mort-né, macéré.	
T. II	8 mois.	Ballon de Champetier				a vécu 44 heures
G. VII	5 mois.	Ballon de Champetier - Rupture des membranes.				a vécu 10 minutes
G. IV	9 mois.	* Rupture artificielle des membranes - Ballon de Champetier - Version.				Vivant.
C. IV	6 mois.	* Rupture artificielle des membranes - siège.				a vécu 28 heures
J. II	8 mois 1/4	* Rupture spontanée des membranes.				a vécu 12 heures
G. XIV	8 mois 1/2	* Rupture artificielle des membranes - Dilatation manuelle - Version				Vivant.
M. I	9 mois.	* Rupture artificielle des membranes - accouchement accéléré - Version.			mort-né, macéré.	
S. II	8 mois.	* Rupture prématurée spontanée des membranes - Ballon de Champetier.			mort-né, macéré.	
L. I	6 mois 1/4	* Rupture artificielle des membranes.				a vécu 5 minutes
R. III	8 mois	* accouchement provoqué - Ballon de Champetier - Siège.				a vécu 24 heures
C. I	7 mois 1/4	* accouchement provoqué - Ballon de Champetier - siège.				a vécu 3 heures 1/4
F. VII	9 mois	* Lamponnement vaginal - Version	Décédée		mort-né.	
B. II	8 mois 1/4	* Rupture artificielle des membranes				a vécu 1 heure.
L. III	9 mois	* Rupture artificielle des membranes siège.			mort-né	
G. VII	9 mois	Rupture artificielle des membranes - Forceps.				a vécu 4 heures
P. VI	7 mois 1/4	* Lamponnement vaginal - rupture artificielle des membranes - accouche- ment accéléré - Siège.	Décédée			Vivant
C. VIII	9 mois	Rupture artificielle des membranes - Épaulé - Version.			mort-né	
S. IV	9 mois	Rupture spontanée des membranes				Vivant.
J. IV	9 mois	Rupture prématurée spontanée des membranes.				Vivant
J. V	9 mois	Rupture artificielle des membranes - Ballon de Champetier - Forceps.				Vivant.
C. I	9 mois	Rupture spontanée des membranes Siège décomplet (mode des gesses).				Vivant.
26			3	23	9	17

(1) - L'ordre chronologique a été observé dans l'énumération des interventions successives.



7

Récapitulation et pourcentages :

26 mères : 3 mortes = 11,5 % de décès.

26 enfants : 9 morts-nés = 34,6 % de décès.

Seules, les 3 femmes mortes avaient été tamponnées.

Voici leurs observations résumées :

I^o M^{me} D. IX^e pare, habitant une localité voisine de Grenoble est envoyée à la Maternité de l'Hôpital par un de nos confrères qui, en présence d'une abondante hémorrhagie au 6^{ème} mois 1/2 de la grossesse, l'a soigneusement tamponnée 18 heures avant son arrivée dans notre service. Je l'enlève aussitôt le tampon et trouve au niveau du col dilatable (grande multipare), mais non encore complètement effacé les membranes intactes ; je les romps, suis et abaisse un pied qui est maintenant tiré par un poids glissant sur une poulie fixée au pied du lit. - La femme est ensanguée ; sérum artificiel sous la peau, éther et caféine en injections hypodermiques, respiration artificielle.

Le col s'étant un peu dilaté, je pratique l'accouchement forcé, avec dilatation manuelle pénible du col ; essais infructueux de basiotripsie puis de céphalotripsie sur la tête dernière ; quelques incisions du col permettent enfin la sortie de la tête.

Pas d'anesthésie pendant toutes ces manœuvres.

Délivrance artificielle - Pas la moindre hémorrhagie.

La femme meurt 1/2 heure après l'accouchement d'anémie aigue.

II^o - Je suis appelé assez loin de Grenoble par deux de nos confrères auprès de M^{me} F. VII^e pare.

Début spontané du travail il y a 24 heures environ. - Rupture spontanée des membranes 18 heures(?) avant mon arrivée. - L'accouchée pendant depuis ce moment là a été tamponnée vers 7 heures de l'après-midi et je la vois à 7 heures du soir. On m'annonce à mon arrivée qu'il n'y a plus rien à tenter car elle est en train de mourir.

Cependant sous l'influence d'une injection sous cutanée de 90 gr. de sérum artificiel le pouls réapparaît et le tamponnement une fois enlevé (il commençait à suinter), trouvant le col suffisamment dilaté, après un essai infructueux d'engagement du sommet au forceps, je pratique la version et amène facilement un enfant mort-né.

Délivrance par expression ; c'était un cœlydon adhérent qui était praevia et avait causé l'hémorrhagie. - Perte de sang insignifiante pendant les manœuvres qui ont été pratiquées sous anesthésie. M^{me} F. est décidée d'infection, 10 jours après son accouchement.

III^o. Appelé par un de nos confrères auprès de Mme P. VI pare, je trouve une femme grosse de 7 mois $\frac{1}{2}$ environ, perdant beaucoup de sang depuis 24 heures et actuellement tamponnée; très faible. - Nous faisons rapidement tous préparatifs pour être prêts à une intervention nécessaire; le ballon de Champetier n'est pas oublié - anesthésie au chloroforme. - J'enlève le tampon en chapelet, classique et gorgé de sang.

Col dilaté comme 5 francs mais que l'on sent dilatable. - Introduction de 2 puis de 3 doigts, enfin de la main qui glisse vers la gauche réclinant les placenta dont les cotylédons recouvrent l'arc du col. - Les membranes intactes sont effondrées rapidement; saisie d'un pied, abaissement puis extraction rapide et facile d'un enfant tout menu (fille), vivant.

Toutes les phases de cette intervention n'ont pas duré trois minutes; la durée de l'anesthésie a été en tout de 8 minutes. Délivrance par expression pure obtenue 3 minutes après l'extraction fœtale; pas la moindre hémorrhagie depuis la rupture des membranes.

Il semblait que tout se fût passé dans des conditions favorables pour l'accouchée, mais la perte sanguine subie ^{d'un autre} avait été trop forte, et malgré une injection sous-cutanée de sérum artificiel, elle mourait 3 heures après l'accouchement.

Moins heureux, on le voit, que notre confrère le Dr Armand, nous n'avons jamais eu qu'à déplorer l'usage du tamponnement vaginal dans les cas de placenta praevia et nous sommes toujours applaudis de ne l'avoir jamais employé nous-même.

Un seul cas heureux, après des péripéties et une suite d'incident qui a mis à maintes reprises la vie de la patiente en danger, n'est pas fait pour modifier, sur ce point, notre manière de voir.

Aussi dirions-nous à nouveau: en présence d'une hémorrhagie due à l'insertion vicieuse du placenta et nécessitant l'interruption impérieuse de la grossesse, rompez les membranes et ouvrez largement le pôle inférieur de l'œuf. - Quant au ballon de Champetier, c'est un instrument indispensable au médecin qui est appelé à pratiquer des accouchements, nous n'avons eu qu'à nous louer de son usage, toutes les fois qu'il en fut besoin et ne saurions trop recommander son emploi.

