

*Note sur un nouveau mode de compression de l'aorte abdominale, à l'aide de la main introduite dans la matrice, dans les pertes utérines, à la suite de l'accouchement ; par M. le docteur GUILLON, médecin à Côzes.*

Il est en chirurgie particulièrement des moyens véritablement si simples, d'une exécution si facile et d'une efficacité si certaine, qu'on a lieu de s'étonner quelquefois qu'on n'ait pas songé plus tôt à les employer. De là vient que lorsqu'une idée nouvelle se présente avec ces caractères, tant de gens cherchent à se l'approprier.

Il est également vrai de dire, d'un autre côté, que, basées sur un simple aperçu, dont l'auteur n'a pas saisi d'abord toutes les conséquences, ou sur un fait unique, dont il n'a pu tout d'un coup embrasser toutes les applications pratiques, ces idées sont aussi susceptibles quelquefois d'être fécondées et mieux généralisées. En les étudiant et en les analysant, il en résulte des idées nouvelles. Avec de nouveaux faits surgissent des appréciations théoriques et des applications nouvelles aussi, et de cette manière se créent à la fin d'autres méthodes et d'autres procédés, à l'invention desquels se croient malheureusement en droit de prétendre exclusivement et celui qui, bon gré mal gré, en a fourni les premiers éléments, sans en soupçonner souvent l'étendue et l'importance, et ceux qui, placés par lui sur une voie qu'ils n'auraient dû jamais rencontrer seuls, se sont cependant trouvés en état de l'agrandir, de la rendre plus facile, plus générale et plus sûre.

Ces réflexions me paraissent applicables, comme à tant d'autres choses, à la compression de l'aorte abdominale, comme moyen d'arrêter les hémorragies utérines après l'accouchement.

En effet, la compression des vaisseaux, comme moyen d'arrêter les pertes de sang un peu considérables, par suite de lésions extérieures, remonte presque à l'origine de l'art; et pourtant la compression de l'aorte abdominale dans les pertes utérines ne date à proprement parler que d'hier.

Aussi bien, cette conquête nouvelle de l'art ne nous paraît pas non plus, quant à la manière de l'exécuter, présenter, dans tous les cas, le degré de certitude et de perfection dont elle est susceptible.

On a toujours conseillé jusqu'ici d'exercer cette compression à travers les parois de l'abdomen.

Mais il est facile de comprendre quelles difficultés, quelles douleurs et même quels dangers doit occasionner cette manière d'agir chez les femmes très-replètes, et combien cette compression doit être infidèle aussi lorsque l'utérus très-développé renferme quelques produits normaux ou pathologiques, ou qu'il se trouve, comme dans les hémorragies internes, à la suite de l'accouchement distendu par beaucoup de sang.

Personne dans ces cas ne s'est encore avisé, que je sache, de remplacer cette compression médiate par celle exercée directement sur l'aorte abdominale avec la main introduite dans la matrice.

Pour la première fois, il y quelques mois, au sujet d'un mémoire, d'ailleurs fort bien fait, sur les métrorragies aux différentes époques de la grossesse et à la suite de l'accouchement, présenté à la Société médicale de la Sambre, par le docteur Bouyer, de Marennes, j'eus occasion de faire connaître, mais d'une manière verbale seulement, ce mode de compression.

Toutes les fois qu'elle peut être pratiquée ainsi, il est évident qu'elle est tout à la fois plus prompte, plus facile, moins douloureuse, et infiniment plus certaine que la compression exercée à travers les parois de l'abdomen.

Pour se pénétrer de ces avantages, il ne faut que se retracer les circonstances dans lesquelles on a besoin de recourir à ce moyen hémostatique.

Pour plus de méthode, il faut considérer les pertes utérines lorsque l'avortement a lieu avant le quatrième mois de la grossesse, alors que l'œuf est ordinairement expulsé tout entier et que la cavité de l'utérus est encore peu développée; et celles qui ont lieu dans les derniers mois, à la suite de l'avortement ou après l'accouchement à terme, qu'elles aient lieu avant ou après la délivrance, qu'elles soient externes ou internes.

Et d'abord, lorsque l'avortement a lieu avant le quatrième mois, alors que la matrice n'est pas encore très-développée et que le col n'a pas subi une grande dilatation, le mode de compression que nous proposons est à proprement parler impossible; mais alors aussi la cavité de l'utérus, ne pouvant contenir une quantité de sang suffisante pour compromettre la vie, le tamponnement devient dans ce cas le moyen auquel on a recours avec le plus d'assurance, si déjà la saignée, les révulsifs, les astringents, la

position horizontale et le seigle ergoté n'ont pas réussi à arrêter l'hémorragie.

Ici la compression à travers les parois abdominales peut, à la vérité, chez les femmes maigres, trouver son application; mais alors encore cette compression douloureuse pourrait, à la rigueur, être remplacée avec autant d'avantages par celle qu'on exercerait sur la bifurcation de l'aorte avec les doigts introduits profondément jusqu'au fond du vagin ou dans la cavité utérine par le col encore béant. Par le rectum il ne nous a pas paru possible d'atteindre le vaisseau.

C'est surtout dans les pertes qui se manifestent à la suite d'un avortement survenu dans les derniers mois de la grossesse ou qui se déclarent après un accouchement à terme, que la compression exercée directement sur l'aorte avec la main introduite dans l'utérus présente, sur la compression ordinaire à travers les parois de l'abdomen, des avantages incontestables. Ici l'orifice de la matrice est largement ouvert et ne présente aucun obstacle à l'introduction de la main. Il peut se présenter plusieurs cas.

La délivrance est terminée ou ne s'est pas faite encore.

L'hémorragie est interne ou externe.

Si la perte se déclare avant que la délivrance soit tout à fait achevée, que l'accouchement soit à terme ou non, l'indication la plus pressante est d'introduire la main pour l'opérer. D'ordinaire l'hémorragie cesse aussitôt l'extraction du délivre. Si elle continue, il est facile, pendant que la main est encore dans les parties, de sentir à travers la paroi postérieure de la matrice les pulsations de l'aorte et de la comprimer sur le corps des vertèbres lombaires.

Lorsque la perte survient à la suite de l'accouchement à terme et après la délivrance, elle est alors presque toujours due à l'inertie de la matrice. Qu'elle soit interne ou externe, le moyen excitateur par excellence des contractions utérines est l'introduction de la main. Elle est indispensable pour vider l'organe des caillots qu'il renferme, et il est facile en même temps de trouver encore à travers l'épaisseur de ses parois l'aorte abdominale étalée en avant de la colonne vertébrale et de la comprimer jusqu'à ce qu'on sente la matrice revenir sur elle-même et la circulation reprendre son cours.

En admettant même que, dans ce cas, la compression à travers les parois abdominales puisse réussir aussi bien à réprimer l'hémorragie, elle ne peut jamais fournir des renseignements aussi précis sur les réactions de l'organe et sur le retour de la circulation générale, et sur le moment par conséquent où l'on peut sans crainte discontinuer d'agir.

Notons aussi que lorsque l'utérus est ainsi rempli de sang, il offre un volume considérable, remonte très-haut et fait obstacle à la main qui ne peut alors, de même que dans la grossesse et dans le cas d'extrême embonpoint des malades, atteindre le vaisseau pour le comprimer.

En dernier lieu, la compression exercée sur l'aorte à travers les parois de l'abdomen dans le cas d'inertie, peut bien, tout le temps qu'elle dure, arrêter l'épanchement sanguin; mais il est évident que celui-ci peut recommencer de nouveau dès qu'on suspend cette action, si les réactions de l'organe ne

sont en même temps réveillées par quelqu'autre moyen.

La main introduite dans la matrice vide l'organe du sang qu'il renferme, sollicite ses contractions, comprime l'aorte et satisfait ainsi à toutes les indications à la fois.

Ce mode de compression, dont je m'applaudis d'avoir fait usage dans plusieurs circonstances pour des pertes très-graves survenues à la suite de l'accouchement, me fut surtout inspiré la première fois pour une femme, chez laquelle aucun autre moyen n'eût pu agir activement avec assez de rapidité, et chez laquelle, comme on le verra aussi, il a dû être plus tard répété une seconde fois avec le même avantage.

Voici ces cas :

Obs. I. — La femme Beguet, veuve Gaborit, âgée de 45 ans, d'une constitution très-robuste, n'avait point eu d'enfant pendant son premier mariage. Elle avait toujours été sujette à quelques variations dans les règles qui chez elles se répétaient plusieurs fois dans le mois et donnaient lieu à des pertes toujours très-abondantes. Devenue enceinte presque au déclin de l'âge, elle était d'une grosseur remarquable, et éprouvait dans l'hypogastre et les lombes des tiraillements et des douleurs qui nécessitèrent quelques évacuations sanguines.

Le 8 février 1840, les douleurs de l'enfantement commencèrent à se faire sentir; elles duraient depuis cinq jours, et les eaux de l'amnios étaient écoulées depuis plus de quarante-huit heures, lorsqu'on me fit appeler; l'accouchement naturel était impossible. Il y avait une présentation du côté droit du thorax, la tête étant placée dans la fosse iliaque gauche. La version par les pieds fut faite avec assez de facilité et l'accouchement promptement terminé. Le fœtus, fortement constitué, n'eut à subir pendant cette manœuvre aucune mutilation, et cependant il vint mort par suite probablement des contractions utérines violentes et prolongées qu'il avait eues à supporter.

La délivrance, quoique opérée naturellement, fut immédiatement suivie d'une des pertes de sang les plus effroyables que j'aie jamais vues. La syncope fut de même instantanée. Une immense affusion d'eau froide et une injection vinaigrée furent sans effet, et la main appliquée sur l'abdomen pour comprimer l'aorte abdominale n'agissait pas non plus à cause de l'embonpoint de la malade et du développement de l'utérus. En introduisant pour la deuxième fois la main, pour vider les caillots contenus dans la matrice et solliciter ses contractions, il me vint heureusement à l'idée de m'en servir en même temps pour agir sur l'aorte à travers les parois de l'organe et la comprimer sur le corps des vertèbres lombaires. L'hémorrhagie cessa aussitôt, et au bout d'un quart d'heure, pendant lequel je continuai toujours à exercer la compression et à tenter de ramener les forces, la femme commença enfin à revenir à elle.

Il me fut facile de juger pendant ce temps combien ce mode de compression, dans tous les cas semblables, doit être facile et sûr. Les doigts pouvaient parfaitement embrasser le corps des vertèbres, se placer en travers et presser à volonté le

calibre du vaisseau au-dessus de sa bifurcation, ou seulement une de ses divisions. Les moindres oscillations de la colonne sanguine qui eurent lieu dans l'intérieur du vaisseau lorsque la syncope commença à se dissiper devinrent sensibles à la main. Celle-ci, sentinelle intelligente, indiquait par conséquent, mieux que n'auraient pu le faire le stéthoscope et l'oreille, et bien plus tôt que l'exploration des carotides et de l'artère radiale, le retour de la circulation et le rétablissement progressif des forces.

En dernier lieu, cette manœuvre me permit d'apprécier les dispositions organiques qui sans doute ne rendront plus étonnants pour personne tous les accidents qui se sont présentés dans ce laborieux accouchement. Tout le corps de l'intestin était énormément hypertrophié, sa partie antérieure surtout, et la main, promené dans sa cavité, embrassait de véritables colonnes charnues que je pourrais presque comparer à des rayons de miel dans une ruche.

La faiblesse continua très-longtemps; les lochies, très-abondantes et de très-longue durée aussi, entraînaient avec elles de véritables lambeaux rougeâtres, semblables à des escarres. Les jambes, la face et les grandes lèvres restèrent de même infiltrées pendant plusieurs semaines.

D'après toutes ces dispositions, que l'expérience journalière prouve cependant être de nature à pouvoir se concilier quelquefois avec les actes physiologiques, il est facile de comprendre :

1° Pourquoi les règles, chez cette femme, ont toujours été si abondantes et plus répétées que chez les autres.

2° Pourquoi peut-être elle n'est devenue enceinte qu'à un âge où les autres femmes cessent ordinairement d'être aptes à le devenir, alors que la vie de l'organe gestateur, en quelque sorte exubérante chez elle, a commencé à s'affaiblir et à rentrer dans un état, à proprement parler, plus physiologique pour lui.

3° Pourquoi ces douleurs et cet immense développement de l'abdomen qui ont accompagné la grossesse.

4° Pourquoi cette lenteur du travail et cette position vicieuse du fœtus dans un utérus ainsi déformé, et dont les contractions, dans ces différents points, devaient nécessairement être très-inégales.

5° Pourquoi, après des contractions aussi énergiques et répétées aussi longtemps après la rupture de la poche des eaux, le fœtus a dû venir mort.

6° Pourquoi une hémorrhagie aussi effrayante a suivi la délivrance.

7° Pourquoi la compression de l'aorte à travers les parois de l'abdomen n'a pu, à cause de l'épaisseur des parties et du développement de l'utérus, agir d'une manière sûre, tandis que ce moyen, appliqué d'une autre manière, a été suivi d'un résultat si prompt.

8° Pourquoi enfin, après les couches, la faiblesse générale fut si grande et si prolongée, et l'écoulement lochial si abondant.

Obs. II. — Cette même femme, devenue enceinte une deuxième fois, était destinée à me présenter encore, deux ans plus tard, une nouvelle occasion d'observer chez elle les mêmes phénomènes et d'em-

ployer avec le même avantage, dans une nouvelle hémorrhagie, la même manière d'agir.

Quelques dérangements avaient, comme la première fois, accompagné la grossesse. Aux premières douleurs de l'enfantement, je fus appelé pour l'assister le 20 juillet 1842.

L'écoulement des eaux avait lieu avant qu'aucun autre signe se manifestât. Le col de la matrice, déjà très-dilaté, me permit tout d'abord de constater encore une position du fœtus peu favorable. Il y avait présentation du sommet de l'épaule et de la partie latérale gauche de la face, le crâne reposant sur la fosse iliaque droite, la partie postérieure du tronc tournée en avant. A l'aide de la main, je pus ramener la tête en deuxième position (occipito-cotyloïdienne droite); mais malgré cette position, les contractions violentes et répétées de l'utérus n'ayant amené, au bout de plusieurs heures, aucun résultat, je me décidai à appliquer le forceps, à l'aide duquel je parvins à amener très-prompement un enfant du sexe masculin, vivant, fort et bien constitué. En garde contre une hémorrhagie qu'une première expérience et la disposition connue des organes devaient me faire redouter, j'avais pris toutes mes précautions en conséquence. J'usai surtout, pour opérer la délivrance, d'une très-grande prudence; mais cette fois encore, malgré tout, la sortie de l'arrière-faix fut immédiatement suivie d'un flot énorme de sang qui entraîna subitement la défaillance. Aussitôt je portai la main dans l'utérus, qui donna lieu à la sortie de quelques caillots, et à l'aide de laquelle je pus en même temps, comme la première fois, exercer facilement la compression de l'aorte, pendant qu'un aide, M. le docteur Daudy, disposé à dessein, inondait l'abdomen et les cuisses d'affusions froides, et pratiquait des frictions sur l'hypogastre. L'hémorrhagie cessa promptement, et bientôt l'organe, resté inerte pendant quelques minutes, commença à se contracter. Enfin, les mouvements de la colonne sanguine dans le tronc aortique devinrent de plus en plus sensibles, et peu à peu la malade reprit connaissance.

Cette fois encore la main me permit de reconnaître dans l'organe le même état d'hypertrophie que j'avais rencontré la première fois, et, partant, la cause matérielle et certaine de cette fâcheuse disposition hémorrhagique.

Un état d'anémie générale suivit ce second accouchement comme le premier.

Le même mode de compression m'a également bien réussi dans plusieurs autres cas de pertes utérines graves survenues à la suite de l'accouchement, et où cependant il n'existait pas, comme ici, d'affections organiques.

Je citerai surtout :

1° La femme Quérouil, à Cozes, accouchée deux fois par une sage-femme, et deux fois frappée d'une hémorrhagie presque mortelle.

2° La femme Viaud, aux Epaux, sujette à des crises cataleptiformes, accouchée à sept mois, et prise, à la suite, d'une perte extérieure que rien n'avait pu arrêter.

3° La femme Bascle, d'une constitution lymphatique scrofuleuse, atteinte d'affection dartreuse, ac-

couchée deux fois et deux fois aussi mise en danger par une perte énorme.

4° La femme Cardinal et sa sœur, celle-ci morte d'hémorrhagie dans un deuxième accouchement, entre les mains de la matrone qui cette fois l'assistait.

5° La femme Vignaud, à St-André, pour une délivrance laborieuse dans un avortement à cinq mois.

6° La femme Bourdvon, à la suite d'une couche double.

7° Et quelque autre enfin qui nous touche de plus près, etc., etc.