Travaux Pratiques Obst Gyn 1903

TRAITEMENT DE LA MORT APPARENTE DU NOUVEAU-NÉ.

Instruments et objets nécessaires.

Tube laryngien de Chaussier ou de Ribemont.
Eau chaude et eau froide.
Deux bassins pour immerger l'enfant.
Farine de moutarde.
Alcool ou vinaigre.
Petite table, solide, haute, placée à bon éclairage, recouverte d'un oreiller de crin ou d'une couverture pliée.
Serviettes chauffées, compresses.
Ballon d'oxygène avec tube muni d'un entonnoir.

Disposer ces *préparatifs* au cours de l'accouchement, si l'on reconnaît que l'enfant souffre ou est exposé à souffrir du fait d'une extraction artificielle.

TECHNIQUE

Conduite à tenir préalable. — 1° *A la naissance le cordon bat :* attendre deux ou trois minutes avant de sectionner le cordon (forme asphyxique); 2° *le cordon ne bat pas* : section immédiate du cordon. Emporter l'enfant, entouré de linges chauds, et l'étendre sur la table à plat sur le dos.

Si le cœur bat, essayer d'abord de l'excitation périphérique : nettoyer au préalable les premières voies aériennes, soit par suspension tête en bas, les doigts faisant l'expression des mucosités par pression de la trachée vers la bouche, soit par nettoyage direct à l'aide du doigt introduit dans l'arrière-bouche. Appliquer avec méthode et sans précipitation : flagellation, frictions à l'alcool ou au vinaigre, bains sinapisés alternativement chauds et froids.

Si le cœur ne bat pas, recourir d'emblée à la respiration artificielle dont le meilleur mode est l'insufflation.

A. *Insufflation de bouche à bouche.* — Les premières voies étant déblayées, l'enfant, étendu sur le dos, est rapproché du bord de la table, de façon que sa bouche soit aisément accessible à celle de l'opérateur, placé à côté. Porter la tête en hyperextension à l'aide d'une serviette roulée placée en billot sur la nuque. Interposer un linge fin entre les deux bouches. D'une main fermer les narines, de l'autre empaumer le thorax. Insuffler doucement et lentement ; faire l'expiration par pression thoracique. Ne pas dépasser quinze à dix-huit expirations par minute.

B. *Insufflation à l'aide du tube.* — Même attitude de l'enfant, sauf l'extension forcée de la tête. *Avant tout et surtout*, se servir de l'insufflateur pour nettoyer aussi profondément que possible

history-of-obgyn.com

les voies aériennes : commencer avec le doigt et aspirer ensuite avec autant de reprises d'introduction qu'il faudra, jusqu'à ce que le tube ressorte à sec. Se débarrasser à chaque reprise des mucosités aspirées en les soufflant sur une compresse.

Introduction du tube. — Glisser l'index gauche sur la base de la langue. Aller très en arrière à la recherche des cartilages aryténoïdes, le doigt non raidi, de façon à bien sentir la double saillie, petite et acuminée. Fixer l'index sur ce repère. L'insufflateur est saisi près de son pavillon comme une plume à écrire; il pénètre en glissant au long du doigt ; la pulpe de l'index dirige son extrémité dans la glotte. S'assurer de la bonne mise en place en imprimant au tube de petits mouvements de latéralité qui déplacent le larynx sous les téguments.

Insufflation comme ci-dessus, soit en appliquant la bouche au pavillon du tube, soit en adaptant celui-ci à la poire en caoutchouc de Ribemont.

Durée de l'insufflation. — A. *Arrêt absolu du cœur* (mort probable). — Insuffler pendant une demi-heure au moins et ne cesser au bout de ce temps qu'avec la certitude qu'aucun battement cardiaque n'a été éveillé.

B. *Le cœur bat.* — Insuffler pendant deux ou trois heures jusqu'à ce que l'arrêt du cœur date d'une demi-heure au moins ou jusqu'à ce que l'enfant soit absolument revivifié. On cessera lorsqu'il criera énergiquement, s'agitera, sera bien coloré et ne respirera plus son ventre (disparition du sillon péripneumonique).

Au cours de l'insufflation, si le cœur ne mollit pas, on pourra faire quelques pauses pour recourir à la stimulation périphérique (frictions alcooliques, bains chauds sinapisés et froids alternants, etc.).

Traitement consécutif. — Maintenir l'enfant revivifié en couveuse (25 à 30°) ou en chambre chaude (22 à 25°). Inhalations d'oxygène. Se tenir prêt à reprendre l'insufflation en cas d'apnée récidivante, de cyanose, de collapsus avec refroidissement.

DIFFICULTÉS ET ACCIDENTS

Insufflation de bouche à bouche. — Danger pour l'opérateur de *contamination syphilitique;* à rejeter dans les cas suspects.

Insufflation du tube digestif. — On l'évite par l'extension forcée de la tête.

Contamination tuberculeuse de l'enfant, par l'opérateur infecté et inconscient. Le meilleur argument en faveur de l'emploi de la poire en caoutchouc.

L'insufflation de bouche à bouche n'est qu'un procédé de pis aller, en raison de la répugnance qu'il comporte.

Insufflation à l'aide du tube. — Difficulté d'introduction chez le prématuré. — L'étroitesse de l'arrière-bouche la rend inaccessible à l'index ; — introduire l'auriculaire. — La courbure du tube ne

history-of-obgyn.com

s'adapte pas à celle de l'arrière-bouche ; — préférer le tube de Chaussier peu incurvé.

Accidents. — On insuffle le tube digestif (issue trop facile et bruyante de l'air insufflé ou gonflement de l'abdomen); recommencer l'introduction.

Emphysème sous-cutanée. — On a déchiré les replis épiglottiques ; faute à éviter en procédant toujours avec la douceur du cathétérisme.

Emphysème pulmonaire. — Résultat d'une insufflation trop brusque ou trop profonde. Faute à éviter en insufflant doucement, lentement et sans saccades.

Obstruction profonde des voies respiratoires. — Le nettoyage préalable à l'insufflation a été omis ou insuffisants. On la reconnaît à ce que l'air ne pénètre qu'en faible quantité et à ce que le thorax ne se dilate pas. Se garder d'insuffler davantage ; essayer de réparer le mal en aspirant avec force pour appeler le bouchon bronchique dans le tube laryngien. (*Presse médicale.*)

history-of-obgyn.com