Travaux Obs Gyn 1903

OBSTÉTRIQUE

ACCIDENTS ET COMPLICATIONS GRAVES DE L'ACCOUCHEMENT

par M. le Docteur MAGNIAUX.

C'est une opinion répandue aujourd'hui qu'une femme ne doit plus mourir du fait de l'accouchement. Cela est vrai avec quelque restriction. Et de fait, dans la clientèle, il est exceptionnel qu'une femme présente à la suite de son accouchement des accidents graves, mettant sa vie en danger; il est également exceptionnel de rencontrer ces accidents chez les femmes qui viennent accoucher à l'hôpital. En revanche (j'en avais déjà fait la remarque lorsque j'étais interne de la Maternité de l'hôpital Tenon, je l'ai plus remarqué encore depuis que je suis chargé ici du service de la Maternité) les services hospitaliers enregistrent un certain nombre de décès de femmes qui accouchent ou essaient d'accoucher chez elles, puis viennent à la Maternité soit parce que l'infection puerpérale a compliqué les suites de couches, soit parce qu'il y a eu des accidents de la délivrance, soit parce que l'extraction de l'enfant a été impossible. Le chiffre plus élevé de la mortalité chez ces malades s'explique facilement : elles nous sont amenées avec des complications presque toujours graves, quelques-unes sûrement mortelles. Notre statistique de cette catégorie de malades a été particulièrement mauvaise depuis le début de cette année ; nous avons enregistré la mort de quatre de ces femmes. Les causes de la mort ont été variables; nous allons les passer en revue et essayer d'en tirer quelque enseignement.

Notre première malade était une pauvre femme accouchée chez elle le 30 janvier et qui fut amenée dans notre service le 2 février ; elle avait eu six enfants ; pas d'antécédent morbide. Le facies était mauvais, le visage pâle et amaigri ; les yeux enfoncés dans l'orbite ; le pouls misérable, à 140; le ventre très peu douloureux au palper, pas ballonné ; l'utérus volumineux, au col largement ouvert. Pas de vomissements. Garde-robe et urines normales. Température variant de 36°2 à 37°9. Pas de lochies, une injection intra-utérine ne ramène pas de débris. Deux jours plus tard la langue est cornée ; le ventre est très légèrement ballonné ; la nuit, il y a peu de délire ; la malade meurt le 5, au matin. A l'autopsie, pus dans le bassin, fausses membranes verdâtres ; nombreux débris dans l'utérus.

Voici une femme qui a succombé à une péritonite suppurée laquelle a donné le minimum de réaction possible. Je n'ai pas vu beaucoup de péritonites puerpérales ; c'est une affection heureusement rare aujourd'hui : de mes quelques observations je conclus que cette péritonite est souvent insidieuse.

Il n'est pas douteux que l'infection puerpérale a été la cause de la lésion du péritoine. Cette femme était très pauvre, très sale. Les

Digitized by Google

history-of-obgyn.com
obgynhistory.net

soins de propreté et d'antisepsie, ces bases fondamentales de la pratique des accouchements, faciles à prendre à l'hôpital, sont pris déjà plus difficilement dans la clientèle riche et sont impossibles à prendre dans les milieux tout à fait pauvres. Cette femme paraissait très malheureuse ; son état général mauvais ne pouvait lutter avantageusement contre l'infection. Notre traitement n'a donné aucun résultat. N'oublions pas d'ailleurs que s'il est possible d'éviter l'infection puerpérale, le traitement de l'infection puerpérale grave reste encore à trouver. Raison de plus de prendre toutes les précautions possibles pour l'éviter.

Notre seconde malade est une jeune femme de 29 ans, entrée à la Maternité accouchée et non délivrée. A l'arrivée de la malade le 5 février à une heure du soir, raconte l'observation rédigée par un élève du service, on apprend de ses parents qu'elle est accouchée le matin à 5 heures, que depuis ce moment elle a continué à perdre du sang, qu'elle n'est pas délivrée.

La malade est exsangue, les muqueuses complètement décolorées, le pouls imperceptible. Son linge est trempé de sang. Le placenta est en grande partie dans le vagin ; l'orifice utérin est rétracté. La sage-femme pratique sans difficulté la délivrance qu'elle fait suivre d'un tamponnement intra-utérin pendant qu'on fait à la malade des injections de caféine, d'éther, d'huile camphrée, de 1,800 grammes de sérum, des inhalations d'oxygène. Dès qu'on eut pratiqué la délivrance artificielle, la malade cessa de perdre du sang. Néanmoins son état général s'aggrava de plus en plus, et elle succomba à 2 h. 1/2.

Cette femme a succombé à une hémorrhagie de la délivrance. Pendant huit heures, elle a perdu du sang assez abondamment. Quand, à la Maternité, la sage-femme, Mlle Grasset, eut fait la délivrance, l'hémorragie s'arrêta ; mais il était trop tard et tous les moyens employés en pareil cas ne purent arracher la malade à la mort. En ces cas, la personne chargée de l'accouchement ou appelée à voir la malade n'a qu'une conduite à tenir ; elle est classique et nous n'oserions y insister si le fait que nous venons de rapporter ne nous en faisait une obligation. La seule conduite à tenir, dans quelque milieu, dans quelques conditions que l'on se trouve, c'est, après s'être lavé les mains, d'introduire la main droite dans la cavité utérine et de pratiquer la délivrance artificielle. On pourra ensuite envoyer la malade à l'hôpital, mais seulement après qu'on l'aura délivrée.

La femme M... a succombé à un accident beaucoup plus rare. Sans antécédent morbide, accouchée quatre fois spontanément, cette femme présente une grossesse à terme. Quand elle arrive à la Maternité, elle est en travail depuis 48 heures. Facies mauvais, pouls petit, à 140, respiration fréquente, écoulement par le vagin d'un sang noir et sirupeux depuis la rupture des membranes qui remonte à 24 heures environ. La malade ne souffre pas, n'a pas de

Digitized by Google
history-of-obgyn.com
obgynhistory.net

contractions. Au palper, on sent les parties fœtales immédiatement sous la peau, ou à l'impression d'une rupture utérine, avec fœtus en partie passée dans cavité abdominale. Présentation du siège en S. I. G. Pas de battements de cœur. Le col est mou, facilement dilatable.

Après avoir fait donner à la malade du chloroforme, j'abaisse les deux pieds qui sont haut situés, car le siège est resté élevé, au-dessus du droit supérieur, sans tendance à l'engagement. Il semble que la présentation du siège n'est pas primitive, qu'elle a succédé à une présentation du tronc. L'extraction du fœtus est assez pénible, surtout quand il faut rechercher et abaisser les membres supérieurs. L'enfant mort pesait 3 k. 950 gr. Je pratiquai immédiatement la délivrance artificielle et pus constater ensuite l'existence d'une déchirure étendue, transversale, intéressant la moitié postérieure du segment inférieur de l'utérus, oblique de droite à gauche. Il se produisit à ce moment une hémorrhagie abondante en même temps que le pouls devenait imperceptible et la mort imminente. Rapidement je pratiquai un tamponnement de la déchirure et de la cavité utérine avec de la gaze iodoformée ; plaçai un bandage qui comprimait l'utérus à travers la paroi abdominale. On fit des injections de caféine, d'éther, d'huile camphrée, de deux litres et demi de sérum. Un instant le pouls devint meilleur, la malade parut aller un peu mieux, mais bientôt elle succombe.

A l'autopsie : large déchirure du segment inférieur, pas de sang dans la cavité abdominale, pas de caillots derrière le tamponnement.

Qu'est-ce qui a déterminé la rupture ? En l'absence de toute autre cause qui puisse expliquer la longue durée du travail chez cette multipare au bassin normal, jusque-là accouchée facilement de gros enfants, nous avons pensé qu'il s'était agi d'une présentation de l'épaule méconnue, que la version n'aurait pas été faite en temps opportun, que l'utérus avait fini par se rompre. Surveiller son diagnostic de présentation, examiner à plusieurs reprises et avec plus de soin la parturiente lorsque l'accouchement n'évolue pas normalement ; en cas de présentation de l'épaule, intervenir dès que la dilatation est complète : tels sont les enseignements à tirer de ce fait.

Quelle conduite tenir en face d'une rupture utérine ? On pratiquera l'extraction de l'enfant par les voies naturelles ou par la voie abdominale ; on choisira le mode de faire qui semblera permettre l'extraction avec le moins de violence. Reste la déchirure qu'on peut traiter par la laparotomie ou par le tamponnement. J'ai pratiqué deux fois sans succès la suture de l'utérus chez des malades entrées à la Maternité avec une rupture étendue de cet organe. Merg a réuni tous les cas de rupture de l'utérus publiés depuis 1870 avec leur mode de traitement. Le tamponnement donne 66 °/₀ de guérison, la laparotomie 48 °/₀, l'absence de traitement 14 °/₀. Mais on ne saurait attacher une grande importance à ces chiffres ; les faits ne

Digitized by Google
history-of-obgyn.com
obgynhistory.net

sont pas comparables. La laparotomie est le traitement de choix ; on réservera le tamponnement avec bandage compressif aux déchirures très peu étendues, aux cas désespérés.

Chez la femme M..., je n'ai pas osé tenter la laparotomie d'autant plus que la disposition actuelle de notre service ne se prête pas très bien à ces interventions dont l'urgence est extrême. Notre salle d'opérations est éloignée de la salle d'accouchements, dans une partie du service indépendante, pour ainsi dire, de la Maternité. Dans ces cas, tout à fait exceptionnels où les chances de vie dépendent avant tout de la rapidité de l'intervention, nous perdons un temps précieux au transport de la malade, à la préparation de la salle d'opération. Hâtons-nous d'ajouter d'ailleurs que bientôt ces inconvénients n'existeront plus, quand l'Administration aura apporté au service les améliorations qu'elle a projetées. Chez notre malade l'hémorragie fut arrêtée par le tamponnement, ainsi que l'établit l'autopsie ; mais c'était agir trop tard. Depuis 24 heures il recoulait un sang noir par le vagin dû vraisemblablement à la déchirure de l'utérus ; l'état général de la malade était devenu trop mauvais pour que nous pussions espérer un succès.

La femme R..., primipare de 31 ans, amenée de la campagne à la Maternité le 26 mars à midi, raconte qu'elle a des douleurs pour accoucher depuis le 23 mars à 8 heures du matin, qu'elle a perdu les eaux le 24 mars à 4 heures du matin, qu'à deux reprises le 25 mars vers 4 heures du soir et le 26 à 8 heures du matin un de nos confrères a fait une application de forceps sans pouvoir extraire l'enfant. C'est une femme très grosse (elle dit peser 100 kil.) ; son utérus, difficile à palper à cause de l'épaisseur de la paroi abdominale, est très développé, mesure 49 cent. de hauteur, est sonore à la percussion (physométrie). Au toucher, on trouve un orifice dilaté comme une petite paume de main avec bords durs, tendus, un bassin normal, une tête avec bosse séro-sanguine très volumineuse qui se fixe au détroit supérieur. Le liquide amniotique est horriblement fétide. Pas de bruits du cœur fœtal. Température 37°6 ; pouls 120 ; on ne peut recueillir d'urines pour les examiner. Erosions multiples des parois vaginales.

La malade fut soumise à des irrigations vaginales régétées ; on lui donna deux bains d'une heure, un peu de sulfate de quinine pour provoquer des contractions qui restaient rares. A huit heures du soir, les bords de l'orifice étant plus souples et la dilatation ayant un peu progressé, je me décidai à pratiquer la basiothripsie. L'extraction du fœtus fut pénible ; la tête et les bras de ce fœtus macéré et putrifié s'étant détachés pendant la manœuvre, je fus obligé de saisir avec deux fortes pinces de Museux la colonne cervicale pour terminer l'accouchement. Délivrance artificielle et complète, tamponnement de l'utérus à la gaze iodoformée. Sutures de déchirures légères du périnée.

Le fœtus pesait 4.240 grammes sans la masse cérébrale. Il présentait une odeur extrêmement fétide.

Digitized by Google

history-of-obgyn.com
obgynhistory.net

Deux jours plus tard, la malade avait un frisson et la température s'élevait à 39° et le pouls à 120 pour rester les jours suivants aux environs de 39° avec quelques chutes à 37° et même à 36°, et le pouls varier entre 120 et 160.

A l'examen de la malade, nous ne trouvâmes rien du côté de la cavité abdominale. Le vagin était partout tapissé d'eschares grisâtres, qui s'étendaient sur les lèvres du col et donnaient lieu à un écoulement grisâtre et fétide; l'utérus était un peu gros, difficile à apprécier. Nous fîmes pratiquer chaque jour des injections vaginales répétées très souvent et deux longues injections intra-utérines, les unes et les autres à l'eau oxygénée. Le 4 avril, il n'y avait plus de fétidité, plus d'eschares. L'état général de la malade était resté bon les premiers jours. Cependant, l'albumine, qui n'existait d'abord qu'à l'état de traces dans les urines, s'y voit en gros flocons le 1er avril, en même temps que se déclare une diarrhée abondante et de la bronchite avec expectoration purulente. Le facies devient mauvais, la langue sèche et rouge, les urines restent assez abondantes, la malade succombe le 5 avril.

Nous observons chaque année un certain nombre de malades dont l'histoire est absolument analogue à celle que nous venons de raconter : dilatation du col irrégulière, incomplète; intervention; multiples et difficiles à travers un orifice incomplètement dilaté; eschares nombreuses sur le vagin et le col; septicémie à point de départ au niveau de ces plaies. Un grand nombre de ces malades guérissent; quelques-unes succombent. Nous avons eu recours autrefois dans les plus graves de ces cas, pour combattre l'infection locale, à l'irrigation utérine ou vaginale continue avec attouchement de teinture d'iode; ce moyen est très fatigant pour les malades et il nous paraît inférieur aux injections à l'eau oxygénée répétées. L'amélioration produite par ces injections sur l'état des lésions du vagin et du col utérin nous avaient permis d'espérer un bon résultat, espérances qui devaient bientôt être déçues par l'extension de l'infection puerpérale. Contre l'infection généralisée, il faut encore lutter avec tous les moyens de stimuler l'individu dont nous disposons : injections de caféine, de sérum, etc. Il faut encore lutter dans chaque organe où apparaissent des symptômes de l'infection. A tous ces moyens thérapeutiques, nombreux, mais peu sûrs, on peut joindre, si l'on a la foi, les injections de sérum de Marmoreck. En vérité, tout cela est bien peu de chose; nous restons mal armés en présence de toute infection puerpérale grave. Ainsi quelques chirurgiens ont pensé que la solution consistait en l'ablation de l'utérus, point de départ habituel de l'infection. Les résultats de ces interventions ne sont pas assez favorables jusqu'à présent pour entraîner la conviction. (*Normandie médicale*, 1er septembre 1903).

Digitized by Google

history-of-obgyn.com
obgynhistory.net