

Brochures 666

OPÉRATION CÉSARIENNE

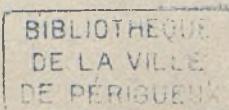
OBSERVATION

PAR

Le Docteur BARDY-DELISLE

Chirurgien de l'Hôpital de Périgueux, membre du conseil général de l'Association médicale, chevalier de la Légion-d'Honneur, Officier d'Académie.

(Extrait des *Annales de Gynécologie*. — Novembre 1875.



PÉRIGUEUX

IMPRIMERIE DUPONT ET C^e, RUES TAILLEFER ET DES FARGES.

—
1876

OPERATION
CESARIENNE

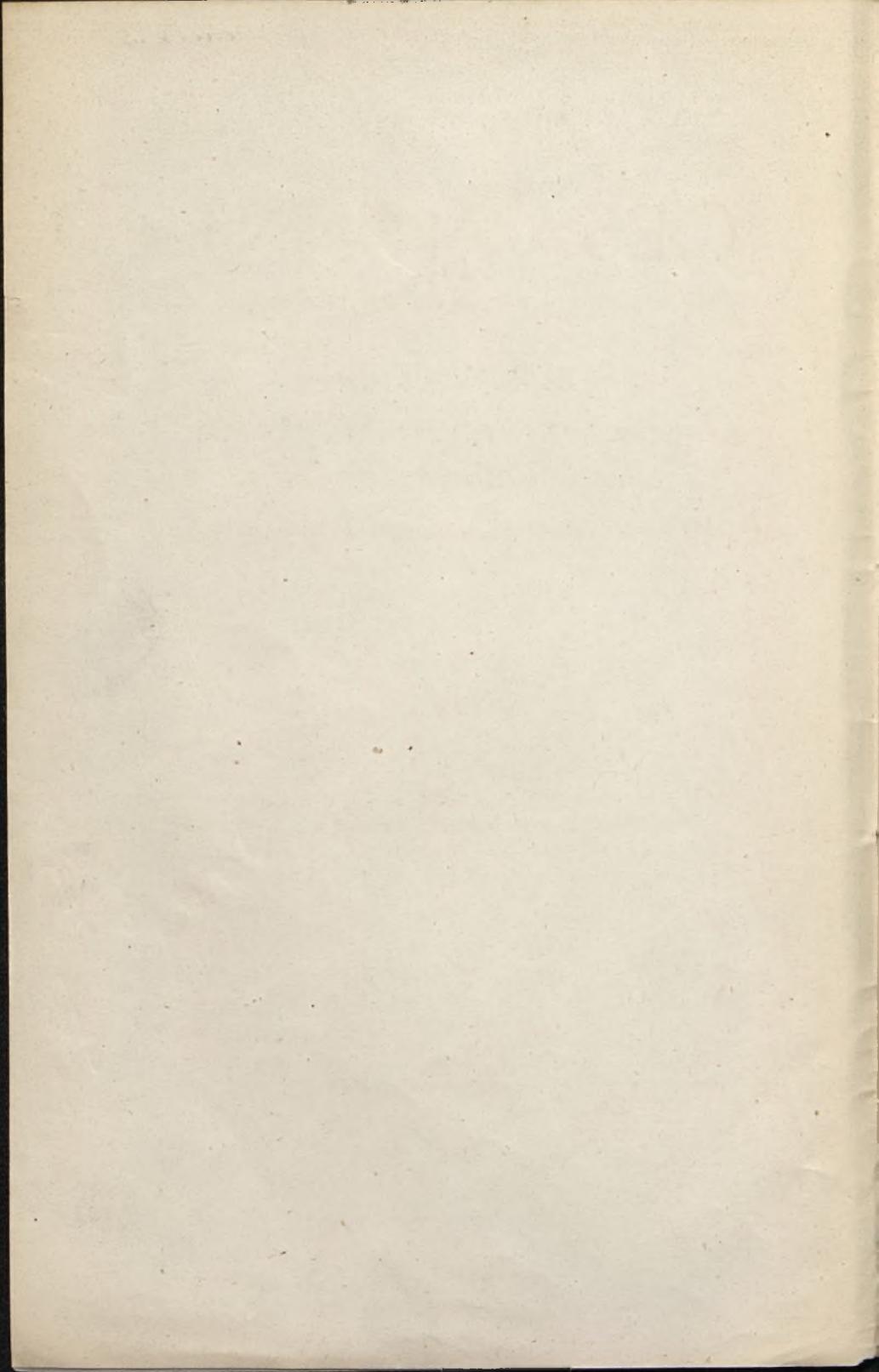
OBSTETRICAL

IN POSITION BREECH PRESENTATION

BY PROFESSOR HENRY DEUTSCH

WITH ILLUSTRATIONS

BY DR. J. R. DUNN, M.R.C.S., L.R.C.P.



Burdy

OPÉRATION CÉSARIENNE

OBSERVATION

PAR

Le Docteur BARDY-DELISLE

Chirurgien de l'Hôpital de Périgueux, membre du conseil général de l'Association médicale, chevalier de la Légion-d'Honneur, Officier d'Académie.

(Extrait des *Annales de Gynécologie*. — Novembre 1875.)

BIBLIOTHÈQUE
DE LA VILLE
DE PÉRIGUEUX

PZ 191
0002803305

PÉRIGUEUX

IMPRIMERIE DUPONT ET C^e, RUES TAILLEFER ET DES FARGES.

—
1876

E.P.
PZ 191
C

WILHELM

SUR UN CAS
D'OPÉRATION CÉSARIENNE

GUÉRISON DE LA MÈRE. — MORT DE L'ENFANT CINQ JOURS
APRÈS LA NAISSANCE, PAR SUITE D'UNE PNEUMONIE.

OBSERVATION.

L'opération césarienne passait, il y a peu d'années encore, pour une des plus audacieuses de la chirurgie. L'ovariotomie nous a appris que la large ouverture du péritoine n'est pas aussi souvent mortelle que devaient le faire supposer, au premier abord, les accidents formidables qui sont, en quelque sorte, le cachet de la pathologie de cette membrane.

Il reste, toutefois, entre les deux opérations, malgré l'analogie de la lésion chirurgicale, des différences capitales. L'atteinte portée à un organe aussi important que l'utérus disposé à l'inflammation par l'hypertrophie congestive qui résulte de la parturition ; les aptitudes morbides spéciales qu'entraîne l'état puerpéral, sont autant de conditions qui établissent, au passif de l'opération césarienne, une gravité incontestablement plus grande.

A ce titre seul, les observations d'opérations césariennes, suivies de résultats heureux, malgré leur nombre assez considérable aujourd'hui, présentent toujours de l'intérêt ; elles apportent, en outre, leur contingent à la question si délicate et si controversée, dans quelques cas, des indications de cette opération.

Telles sont les considérations qui m'ont fait penser que l'observation suivante, malgré sa date déjà un peu ancienne, pourrait trouver utilement sa place dans ce recueil spécial.

Le 19 décembre 1864, un de mes confrères vint me raconter qu'il avait été appelé, le jour même, auprès d'une jeune fille enceinte, arrivée au terme de sa grossesse, et prise des premières douleurs. Cette jeune fille, âgée de 19 ans, était, me dit-il, d'une bonne santé, mais de très-petite taille, et avait la *démarche de cane*, presque toujours caractéristique d'une déformation rachitique du bassin. Le toucher lui avait immédiatement révélé un rétrécissement très-considérable du diamètre antéro-postérieur.

Le cas lui ayant paru grave, et la famille de la jeune fille étant trop pauvre pour lui donner les soins nécessaires, mon confrère était venu me prier de faire entrer cette personne dans mon service de maternité, à l'hôpital.

Elle y fut admise à trois heures du soir, et je l'y suivis immédiatement. Le toucher me fit constater que le sacrum, au lieu de présenter sa concavité normale, formait en avant une saillie considérable. Le diamètre sacro-pubien, mesuré avec soin à plusieurs reprises,

éétait réduit à 5 centimètres. Le col était ramolli dans toute son étendue, et on y introduisait aisément toute la phalange onguéale de l'index, jusqu'à l'orifice interne.

A ces signes caractéristiques, il était aisé de reconnaître que la patiente était à terme. Du reste, son interrogatoire me permit de préciser l'époque de la conception.

Des douleurs lombaires, se répétant à vingt minutes ou demi-heure d'intervalle depuis quelques heures, accusaient seules le commencement du travail.

En présence d'un rétrécissement réduisant le diamètre antéro-postérieur à 5 centimètres, il n'y avait point à hésiter, et l'opération césarienne était la seule ressource. Je fis immédiatement appeler mes trois confrères de l'hôpital, MM. Parrot, Galy et Lacombe, et je fis prévenir en même temps les parents de la jeune fille. Mes confrères, après un examen attentif, opinèrent, d'un avis unanime, pour l'opération. Les parents y donnèrent leur consentement, et la malade ne fit elle-même aucune difficulté pour s'y résigner.

Quand cette résolution put être prise, il était quatre heures. Malgré l'heure bien tardive, dans cette saison, et la courte durée du jour, je crus devoir me hâter d'opérer immédiatement. Je n'avais point oublié le conseil que donne Baudelocque, et qu'ont répété après lui la plupart des accoucheurs : il recommande de ne pratiquer l'opération qu'après la dilatation du col, afin que les caillots de sang et les lochies puissent trouver une issue plus facile. Malgré cette considération d'une incontestable importance, et l'autorité de la parole du maître, il me sembla qu'il était préférable d'opérer au début du travail, avant que les conditions physiologiques du sujet eussent eu le temps de subir aucune

altération. Je voulus, en outre, profiter des dernières lueurs du jour. Mes confrères partagèrent mon avis.

La patiente fut complètement chloroformisée, et l'opération pratiquée selon les règles ordinaires. Une incision fut faite sur la ligne blanche, de l'ombilic à la région sus-pubienne, et une seconde incision correspondante sur la face antérieure de l'utérus. Cette dernière fut suivie immédiatement d'un énorme flot de sang qui m'obligea à faire saisir, de chaque côté, par les doigts de deux aides, les lèvres de la plaie, et à inciser très-rapidement les membranes sans prendre le temps de les soulever sur la sonde cannelée, afin d'extraire le foetus au plus tôt. Celui-ci enlevé, ainsi que le placenta, la contraction de la matrice se fit avec énergie, et arrêta immédiatement l'écoulement du sang. La matrice fut débarrassée des caillots qui l'obstruaient, et la cavité péritonéale visitée et nettoyée avec soin. Je pratiquai sur toute la longueur de la plaie une suture enchevillée profonde,— sans y comprendre le péritoine,— avec des fils d'argent arrêtés et tordus sur deux fragments de sonde. Des bandelettes imprégnées de collodion réunirent la partie superficielle.

Sur cette suture, j'appliquai une compresse enduite de glycérine, une seconde compresse de linge fin et moelleux, pliée en plusieurs doubles, et une large feuille de ouate recouvrant tout l'abdomen. Un bandage de corps fixa tout le pansement. Je prescrivis pour le soir 30 grammes de sirop d'opium.

Je revis la malade le lendemain, 20, à neuf heures du matin. La nuit avait été très-calme, sans douleur et sans fièvre. — Prescription : deux potages gras; eau rougie ; réitérer le sirop le soir.

Mais le 21 la scène avait changé. La nuit avait été mauvaise. Il y avait eu de l'agitation, des douleurs

abdominales et trois vomissements bilieux. Figure animée ; peau chaude, mais halitueuse ; pouls à 150, mou et dépressible. — Bouillon ; eau vineuse ; lave-ment émollient. — Le soir du même jour, à cinq heures, je trouve 154 pulsations. La malade, qui était atteinte d'un rhume à son entrée à l'hôpital, a beau-coup toussé dans la journée. Cette toux est courte et fréquente ; il y a de l'oppression. L'auscultation révèle du râle sous-crépitant, sans bronchophonie, dans toute l'étendue du poumon gauche. — Looch kermétisé et opiacé ; tisane pectorale ; bouillon.

Le 22, 150 pulsations. Peau chaude et moite. L'aus-cultation donne le même résultat. Le ventre reste tendu et douloureux. Dans la journée, quelques envies de vomir, non suivies d'effet. — Même prescription : deux lavements émollients.

Le 23. L'oppression a diminué ; les râles sont plus rares et plus gros ; l'expectoration se fait plus aisément. 150 pulsations ; même faiblesse dans le pouls. Le ventre est encore météorisé, mais moins douloureux. La malade prend le bouillon avec moins de répu-gnance. Lavement miellé ; potion avec l'extrait de quinquina ; sirop d'opium le soir. Deux potages ; 3 dé-cilitres de vin vieux.

Le 24. Fièvre moins forte ; 132 pulsations. Pouls encore déprimé. Amélioration continuée de la bron-chite. Ventre moins douloureux encore que la veille. — Même régime, même traitement.

Je procède ce jour-là au premier pansement. La plaie a laissé échapper une grande quantité de sérosité sans odeur, qui a imbibé toutes les pièces du pansement, et qui paraît formée, en grande partie, par de la sécrétion péritonéale, qui a suinté entre les lèvres de la plaie. Celle-ci a bon aspect, mais ses bords sont blafards et

ne paraissent pas le siège d'un travail de cicatrisation très-actif. Les fils d'argent ont coupé en partie les lèvres de la plaie. Je les laisse pourtant encore en place, et après avoir nettoyé la plaie au moyen d'une éponge fine, imbibée d'eau tiède, je la recouvre du même pansement.

Les 25 et 26. Même état. Pouls à 120. L'abdomen n'est presque plus sensible à la pression. L'auscultation révèle encore des râles sibilants disséminés. — (Augmentation de l'alimentation : chocolat, deux potages ; un œuf à la coque. Vin de quinquina.) Je renouvelle le pansement le 26 au matin. Les fils ont presque complètement coupé les lèvres de la plaie, qui, sous l'effort de la distension de l'intestin, se sont entrebaillées, dans une grande partie de leur étendue, de plusieurs centimètres, et laissent voir la surface de l'intestin qui commence à suppurer et à se recouvrir de bourgeons charnus. Les lèvres de la plaie adhèrent, par leur bord interne, à la surface de l'intestin, de manière à intercepter toute communication entre l'extérieur et la cavité péritonéale. J'enlevai les fils, et, afin d'obtenir l'occlusion plus prompte de la plaie par le rapprochement de ses bords, je fixai solidement, à 5 ou 6 centimètres, au moyen de bandelettes collodionnées, les chefs extérieurs d'un bandage unissant, et j'entrecroisai les chefs internes sur la plaie elle-même, en interposant entre eux et celle-ci une petite bande de ouate. J'amenaï ainsi aisément, en tirant sur ces chefs, le rapprochement des lèvres de la plaie, et le refoulement de l'intestin qui tendait à faire hernie au-dehors, et je les fixai, à leur tour, sur les flancs, au moyen de bandelettes collodionnées.

Le même pansement fut continué jusqu'à la cicatrisation complète. L'état général de la malade continua

à s'améliorer assez rapidement. La guérison ne fut plus retardée que par quelques accès fébriles dont le sulfate de quinine fit aisément justice. L'alimentation fut progressivement augmentée, et le traitement tonique continué.

18 janvier. La suppuration était presque complètement tarie. Les lochies avaient cessé de couler. La cicatrisation définitive de la plaie, entravée par les tiraillements qu'exerçait le mouvement de l'intestin sur les bords, fut cependant assez lente. Elle ne fut bien complète que trois semaines après. Je ne laissai lever la malade qu'à cette époque.

Elle quitta l'hôpital complètement guérie le 21 février. A ce moment je crus devoir l'avertir, en termes catégoriques, des dangers que lui ferait courir une nouvelle grossesse, et de la nécessité où l'on serait de recourir à une seconde opération semblable à celle qu'elle venait de subir. Malgré ces avertissements, elle s'est mariée il y a sept ans ; mais heureusement elle n'est pas devenue enceinte. Je l'ai rencontrée, depuis, assez souvent, dans la rue ; elle paraît jouir d'une excellente santé.

Si j'ai cru devoir m'étendre aussi longuement sur les détails consécutifs à l'opération, c'est que, de ces détails, me semblent ressortir deux points importants qui sont aujourd'hui admis par la plupart des chirurgiens, mais sur lesquels on ne saurait trop insister : le premier, c'est l'importance générale de la diététique et du traitement médical à la suite des opérations graves ; le second, plus spécial, c'est la nécessité d'alimenter les malades,

malgré les contre-indications apparentes de la fièvre et d'une inflammation locale, lorsque la petitesse du pouls, sa mollesse et l'affaissement nerveux général comportent des indications opposées. Ici, ces règles ont dominé les soins consécutifs donnés à l'opérée, et je crois que ce n'est pas se faire illusion que de croire à leur heureuse influence sur le résultat. Un commencement de péritonite traumatique, accusé par la douleur et le ballonnement du ventre, par la petitesse du pouls et les vomissements ; la coexistence d'une bronchite profonde et généralisée dans toute l'étendue d'un poumon, n'ont pas empêché de nourrir la malade, dans une juste mesure, ni de soutenir ses forces par l'administration du vin et du quinquina.

S'il m'était permis de me servir de cette formule pour rendre ma pensée d'une manière plus saisissante, je dirais volontiers qu'il faut souvent faire primer l'indication pathologique par l'indication physiologique, et, en un mot, qu'il *faut faire vivre le malade avant de le guérir.*

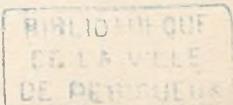
Observation relative à l'enfant.

Dès que l'enfant fut extrait de l'utérus, et le cordon lié et coupé, je le confiai aux soins d'un des assistants pendant que je m'occupais de la mère. La personne à laquelle je le remis eut la malencontreuse idée d'ouvrir une fenêtre (il faut se rappeler qu'on était au mois

de décembre) et d'exposer l'enfant, à peine enveloppé, à l'action de l'air extérieur, sous prétexte de favoriser l'établissement de la respiration. Celle-ci ne tarda pas à se manifester ; l'enfant poussa le cri caractéristique, et fut immédiatement remis aux mains de la sage-femme de l'hôpital. Il faut noter que, dans la précipitation à laquelle m'obligeait l'hémorragie redoutable qui succéda à l'incision de l'utérus, je dus inciser très-rapidement les membranes en les pinçant seulement avec les doigts, et sans avoir le temps de me servir, selon l'usage, de la sonde cannelée. Dans cette manœuvre un peu précipitée, mon bistouri atteignit légèrement l'épaule de l'enfant, dans la région de l'omoplate, et intéressa la peau dans une étendue de 1 centimètre et demi. Cette petite plaie superficielle ne fournit que quelques gouttes de sang. Je la réunis par deux points de suture entrecoupée.

L'enfant était du sexe masculin, bien conformé et bien développé. On lui donna le sein d'une nourrice vingt heures après sa naissance, lorsqu'il eut complètement évacué le méconium. Il s'allaita très-bien pendant trois jours sans présenter le moindre symptôme morbide. Dans l'après-midi du quatrième jour, il refusa le sein et cria pendant la nuit suivante. Le cinquième jour au matin, je le trouvai oppressé et abattu. La peau était modérément chaude ; le pouls à 140. La percussion révélait une matité très-marquée dans les deux tiers inférieurs du poumon droit. Je fis appliquer des sinapismes aux extrémités inférieures, et une mouche de Milan sur le côté. L'enfant succomba dans la nuit du cinquième au sixième jour après sa naissance.

L'autopsie fut faite trente heures après la mort. Le poumon droit était le siège d'une hyperémie générale,



avec une hépatisation rouge presque complète de la moitié inférieure.

Il résulte de ce qui précède que l'enfant était né dans des conditions complètes de viabilité ; qu'il a vécu pendant quatre jours, et que sa mort est le résultat d'une maladie accidentelle due, soit à une exposition imprudente à l'air extérieur, immédiatement après sa naissance, soit aux précautions insuffisantes qui ont été prises pour le préserver du froid, dans une salle d'hôpital et en dehors des conditions de l'allaitement maternel.

On peut donc tirer, je crois, de cette observation, cette conclusion générale, que l'opération a eu un égal succès pour la mère et pour l'enfant, *au point de vue chirurgical et obstétrical*. C'est le point important, parce qu'il donne au fait sa valeur scientifique.

BIBLIOTHÈQUE
DE LA VILLE
DE PÉRIGUEUX

