

Vomissements incoercibles de la grossesse

Par M. E. Bonnaire, agrégé accoucheur de l'hôpital Lariboisière.

(suite et fin)

Le tableau clinique de la seconde période n'est guère que l'exagération de celui de la première. Il offre comme caractère typique l'accélération du pouls, accompagnée d'un abaissement relatif de la température; celle-ci demeure basse et atteint à peine 37 degrés; une seule fois, sur l'ensemble de nos 30 observations, nous avons vu la courbe atteindre, pour un jour, 38 degrés, sans doute sous une influence intercurrente banale. Il existe, en réalité, un véritable contraste entre l'accélération du pouls et la déclivité de la courbe thermique; aussi convient-il de substituer à la dénomination de "fébrile", admise à tort par Dubois, celle de "période de dissociation du pouls et de la température".

A cette phase l'hyperémèse affecte réellement l'allure d'une maladie à issue menaçante. La femme a grande peine à se tenir debout, en raison de la faiblesse et des vertiges, liés tant à l'inanition qu'à l'auto-intoxication. Tantôt, elle demeure étendue au lit inerte et sans mouvement; tantôt, elle reste pelotonnée sur elle-même comme si ses membres étaient fléchis par contracture. La peau, écailleuse et sèche, est souvent le siège d'éruptions furonculées ou acnéiques; les extrémités sont froides avec cyanose périunguëale. C'est à ce moment qu'apparaissent les subictères. Des sueurs froides et visqueuses se produisent par poussées, surtout la nuit. Le pli imprimé aux téguments tend à persister. Chez plusieurs de nos malades nous avons constaté un dermographisme accentué et durable.

Les masses musculaires s'atrophient rapidement et flottent dans le sac cutané devenu trop vaste. Le visage est émacié; les globes oculaires sont profondément excavés, les ailes du nez pincées. La sécheresse de la bouche s'accompagne d'un liséré fuligineux noirâtre sur les gencives. Les poussées d'aphthes sont fréquentes et peuvent aboutir à un processus de stomatite ulcéro-membraneuse, voire même de gangrène. L'haleine dès lors devient extrêmement fétide (Chomel). Le ventre se rétracte de plus en plus et, pour peu que la grossesse ait atteint ou dépassé le terme, l'utérus semble s'énucléer au dehors de l'abdomen, séparé par deux profonds sillons des épines iliaques qui semblent menacer de crever la peau.

L'anxiété de la malade devient extrême: La malade est torturée tant par la soif ardente que par la violence de la réaction émetique qui s'oppose à toute tentative faite pour la satisfaire.

La parole est lente, avec effort; la voix cassée; l'insomnie est de règle. Parfois survient une toux sèche sans signes à l'auscultation; mais ce phénomène peut aussi être l'indice de l'invasion de la tuberculose. Cette menace pèse d'un grand poids comme une indication éventuelle de l'interruption de la grossesse.

L'examen obstétrical décèle parfois une déviation utérine ou une éversion de la muqueuse cervicale, que trop souvent on confond avec une métrite réelle. Nombre d'auteurs attachent à ces anomalies une importance étiologique que personnellement nous croyons erronée. Nombreuses, en effet, sont les femmes qui, dans les trois premiers mois de la grossesse, offrent un utérus fléchi et dévié, dont le col utérin est scléreux ou saignant, et qui ne vomissent point pour cela; il ne nous a pas semblé que ces dispositions anormales fussent plus communes au cours de l'hyperémèse que chez les femmes ne vomissant pas.

L'accélération n'est pas la seule caractéristique du pouls à la seconde période: celui-ci est souvent arythmique; il est petit et serré; la tension artérielle tombe au-dessous de la normale, nous l'avons vue à 11 et 12 et jamais au-dessus de 16. La rapidité du pouls peut varier considérablement d'un instant à l'autre en dehors de toute cause émotive; chez une de nos malades, nous le comptons à 136 à 9 heures et à 150 à 10 heures, dans des conditions identiques d'examen. La rapidité et la variabilité du pouls ne comportent aucune valeur pronostique: sur un total de 22 courbes sphygmiques, nous en avons compté 5 avec un pouls excédant 120 lors de l'entrée à l'hôpital; les 5 femmes guérirent et continuèrent leur grossesse. Dans un second groupe de 4 femmes, le pouls oscillait entre 110 et 120; 2 sortirent guéries enceintes, et 2 guérirent après avortement provoqué. Chez 6 autres femmes le pouls oscillait entre 100 et 110; 4 guérirent sans avorter; 1 fit un avortement spontané; 1 sortit non guérie. Une série de 5 malades avaient de 90 à 100 pulsations; 3 sortirent guéries enceintes; 2 subirent l'avortement provoqué dont 1 succomba après n'avoir présenté une accélération de pouls à 140 que le jour même de la mort. Un dernier groupe comprend 2 femmes admises avec un pouls de 80 à 90, qui guérirent sans avorter.

En résumé, sur 15 femmes entrées à l'hôpital avec un pouls à 100 et au-dessus, 11 guérirent en continuant leur grossesse, une avorta spontanément, 2 artificiellement et une autre quitta l'hôpital au moment où nous avions décidé d'interrompre la grossesse.

Le cadre de cet article ne nous permet pas d'étudier par le détail les variations de la tachycardie pour chaque cas en particulier; à côté de femmes qui entrèrent à l'hôpital avec l'accélération à son acmé, beaucoup d'autres ont passé par des alternatives d'exagération et de rémission au cours de leur séjour à l'hôpital. Pour bien montrer le peu de valeur pronostique de ce signe, nous citerons le cas d'une malade chez laquelle nous dûmes recourir à la dilatation du col, d'après Copeman, alors que son pouls n'avait pas dépassé 100 pulsations, et celui d'une autre, que nous fîmes avorter, son pouls n'ayant atteint qu'à trois reprises le chiffre 100. Par contre, parmi les femmes qui ont guéri, une fut admise avec le pouls à 120, qui se maintint constamment au-dessus de 100 pendant vingt-cinq jours; une autre offrit un minimum de 126 pulsations pendant dix jours, une encore enfin dont le pouls était à 138 à l'entrée et demeura huit jours au-dessus de 120.