

« Trois cas où le streptocoque est associé au staphylocoque doré ou au staphylocoque blanc, morts : 2 ;

« Nous ne compterons pas plusieurs cas, traités avec succès par nos confrères de province, parce que nous n'avons pas pu les suivre ni établir le diagnostic bactériologique. Ce résumé montre nettement la différence d'action du sérum dans les infections puerpérales à association et les infections puerpérales à streptocoque pur. »

Dans la même séance de la Société de Biologie à laquelle Marmorek faisait sa première communication, Roger a rappelé que depuis longtemps déjà il poursuivait, avec Charrin, chez les animaux, le traitement de l'infection streptococcique par l'injection du sérum des immunisés; Charrin et Roger avaient même déjà avec prudence appliqué cette méthode à deux femmes infectées après l'accouchement. La première femme, qui avait eu pendant une huitaine de jours une température oscillant autour de 39 degrés et qui était dans un état général grave, a reçu une première fois une injection de 8 centimètres cubes de sérum sans résultat. Le jour suivant elle reçut 16 et le troisième jour 25 centimètres cubes de sérum : le lendemain de cette dernière injection, la température tomba définitivement à 37 degrés et l'état général devint bon. Roger rappelle qu'on peut vacciner les animaux contre le streptocoque par trois procédés principaux : injection dans les veines d'une culture atténuée; inoculation sous-cutanée d'une culture virulente; injection intra-veineuse d'une culture stérilisée. C'est à cette dernière méthode que Roger eut recours pour vacciner des mulets dont il essaya le sérum<sup>1</sup> contre diverses affections à streptocoques et notamment contre la fièvre puerpérale. Les premières tentatives thérapeutiques, faites avec l'aide de M. Charrin (Société de Biologie, 25 février et 30 mars 1895) ont donné des résultats encourageants, confirmés par Josué, Hermary, Jacquot. Il est démontré actuellement que le sérum antistreptococcique provenant d'animaux immunisés au moyen de cultures stérilisées, ne présente aucun danger; injecté à dose de 50 à 40 centimètres cubes, il abaisse la température, amène, dans les cas de plaie diphtéroïde, le détachement des fausses membranes, améliore rapidement l'état général; son innocuité est telle qu'on peut répéter plusieurs fois de suite des injections de 50 centimètres cubes; dans un cas d'une gravité extrême, on a introduit 500 centimètres cubes de sérum. Cette malade, revue plusieurs mois plus tard, n'a présenté aucun trouble consécutif. Les injections n'amènent aucune complication; quelquefois cependant Roger a observé de l'urticaire et quelques douleurs d'ailleurs passagères dans les articulations. Les résultats sont d'autant meilleurs qu'on intervient plus tôt; employé au début de la fièvre puerpérale, le sérum peut arrêter court son évolution; employé à une période plus tardive, il ralentit le processus et transforme les cas aigus en cas à marche lente. Son influence heureuse se fait sentir après la guérison, car la convalescence est remarquablement courte. D'après une note qu'a bien voulu nous fournir H. Roger, le traitement de la septicémie puerpérale par le sérum « n'em-

<sup>1</sup> Congrès de médecine de Bordeaux, 12 août 1895.

pêche pas l'usage des autres moyens thérapeutiques, notamment du curetage et des lavages intra-utérins. Il faut naturellement lutter contre les lésions locales, le sérum ayant pour effet non de détruire, mais d'atténuer les microbes. Sur 12 cas traités par le sérum de Roger, 11 femmes ont guéri; une seule femme est morte probablement par suite de l'insuffisance du nombre des injections. »

Les résultats fournis jusqu'à présent par le sérum antistreptococcique ne sont pas probants; d'abord, au point de vue expérimental, même chez les animaux, le sérum n'a pas un pouvoir préventif absolu. Ainsi le sérum de Marmorek, qui a une action très nette sur le streptocoque renforcé par lui expérimentalement et sur quelques autres, a une action fort inégale sur d'autres variétés de streptocoque. H. Méry<sup>1</sup> a étudié à ce point de vue divers streptocoques venant des scarlatineux et sur lesquels le sérum de Marmorek s'est montré sans aucune action. Courmont a constaté des faits analogues en ce qui concerne l'érysipèle. Il existe donc parmi les streptocoques sinon des races, au moins des variétés différentes qui expliquent cette inégalité d'action. Aussi Marmorek, tenant compte de ces faits, a-t-il essayé d'immuniser le même animal avec des streptocoques d'origine diverse. Il semble que le sérum ainsi obtenu ait une action beaucoup plus générale.

Il n'est point facile d'apprécier, au point de vue clinique, la valeur du sérum antistreptococcique qui, jusqu'à présent, a surtout une action immunisante, plutôt qu'une action curative. Bar et Tissier ont fait connaître<sup>2</sup> les résultats obtenus par eux à l'aide de divers sérums.

1° *Sérum de Marmorek.* — Sur 7 cas, dans lesquels le streptocoque a existé presque seul, il y a eu 5 guérisons et 4 morts, 3 fois le streptocoque était associé : a) au colibacille, 2 fois : les 2 femmes sont mortes; b) au pneumocoque, 1 fois : la femme a guéri. Dans un cas les micro-organismes en jeu n'étaient pas des streptocoques; la malade a guéri.

2° *Sérum de Roger.* — Sur 4 cas où il fut employé, 3 malades succombèrent; dans 2 cas le streptocoque existait seul : les femmes sont mortes; il en a été de même dans un autre cas où le streptocoque était associé au colibacille; par contre la femme a guéri dans un où le streptocoque était associé au microbe de la grippe.

Pinard a employé d'une manière systématique le sérum de Marmorek depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1896 : il y a recours d'une manière préventive chez les femmes ayant une rupture prématurée des membranes, chez celles pour lesquelles on redoutait l'apparition d'accidents infectieux et à plus forte raison chez celles qui présentaient au moment de l'accouchement une élévation de température. Ces résultats, ainsi que ceux obtenus à la clinique Baudeloque dans le traitement des infections puerpérales, seront publiés au congrès prochain de Moscou.

Ce qui semble certain à l'heure actuelle, c'est que, contrairement à l'assertion de Marmorek, il ne faut pas, en présence d'accidents infectieux chez une accouchée, s'abstenir du traitement local et ne recourir qu'à la sérothé-

<sup>1</sup> *Société de Biologie* (18 avril 1896, 15 et 20 février 1897).

<sup>2</sup> *L'Obstétrique*, 15 mars et 15 mai 1896.

rapie. « Si on peut soutenir que le traitement local n'a qu'une action médiocre et même, dans certains cas, nulle, il serait injuste de lui attribuer les échecs de la sérothérapie dans les faits que nous avons observés, et nous n'oserions pas, actuellement, dans les cas où l'infection paraît devoir être sévère, cesser tout traitement local (Bar et Tissier). »

Pinard et Wallich<sup>1</sup> ont fait ressortir les dangers qu'il y aurait à recourir exclusivement à la sérothérapie : « Si l'on ne peut pas porter le diagnostic bactériologique au moment où apparaît l'infection, lors de la première élévation de la température chez la nouvelle accouchée, faudra-t-il pratiquer aussitôt et à tout hasard une injection de sérum, en se gardant de toute intervention intra-utérine dans la crainte d'inoculer de nouveau ? Mais alors si l'infection n'est pas à streptocoques, le sérum sera inactif, et, comme aucun traitement local n'aura été fait, l'infection aura fait du progrès.... On a le droit, puisque l'innocuité du sérum antistreptococcique est établie, de l'employer, mais on a aussi le devoir de recourir au traitement intra-utérin dont l'efficacité est établie. »

*Injections à doses massives de sérum salé.* — Certaines femmes présentent, pendant les suites de couches, des accidents infectieux tellement graves que même à l'heure actuelle ils peuvent résister au traitement utérin et à la sérothérapie antistreptococcique. Dans ces cas particulièrement sérieux, différents accoucheurs ont appliqué récemment le traitement par les injections à doses massives de sérum salé, faites dans le système veineux ou dans le tissu cellulaire sous-cutané. Les recherches physiologiques de Hayem, de Dastre et Loye ont montré qu'on pouvait, sans inconvénient, injecter des doses égales au quinzième ou au vingtième du poids du corps des animaux et que, sous l'influence de « l'irrigation de l'organisme », il y avait augmentation de la diurèse. De Swiecicki, dans un cas de septicémie grave, a obtenu la guérison de sa malade en lui faisant absorber un litre de solution salée d'abord toutes les heures, puis toutes les deux ou trois heures, au moyen d'une sonde stomacale. Plus récemment différents auteurs, Michaux, Lejars, etc., ont repris cette question du traitement de la septicémie post-opératoire par des injections de sérum salé. Ces auteurs recommandent des injections intra-veineuses abondantes de 4, 5 ou 6 litres dans les vingt-quatre heures. On peut avec des quantités moindres (1000 à 1500 gr.) obtenir des résultats satisfaisants.

Mourette<sup>2</sup> dit que « dans les infections le mode d'action est encore mal connu. Il est probable que l'injection aide d'une part à l'élimination des toxines et active de l'autre la phagocytose.... Les infections générales, la péritonite, la fièvre puerpérale, le choléra, le tétanos, l'état de shock semblent au plus haut degré justiciables de cette méthode. Il est probable que le nombre des maladies infectieuses soumises à ce traitement va s'accroître rapidement... Les intoxications, telles que l'anémie et l'éclampsie, semblent devoir en bénéficier. Les lésions cardiaques, rénales et pulmonaires, cer-

<sup>1</sup> Traitement de l'infection puerpérale, p. m, G. Steinheil, éd., Paris 1896.

<sup>2</sup> Essai sur le lavage du sang. Th. Paris, 1896.

taines affections médicales graves, semblent être une contre-indication de l'injection intra-veineuse, tandis que l'injection sous-cutanée n'en reconnaît aucune. »

On peut recourir à ce « lavage du sang » dans les cas d'infections graves dès le début ou lorsqu'on se trouve en présence d'une accouchée ayant depuis plusieurs jours des accidents infectieux ayant résisté au traitement habituel.

**2° Traitement local.** — Avant d'aborder la thérapeutique de chacune des formes d'infection puerpérale, il nous paraît utile d'indiquer les différents traitements les plus employés et de préciser autant que possible les principales indications de chacun d'eux. Nous verrons ainsi successivement :

1° Le traitement des plaies vulvo-périnéales ;

2° Les injections vaginales ;

3° La médication utérine qui comprend : A, les injections intra-utérines ; B, l'irrigation utérine continue ; C, le curettage ;

4° Le traitement des accidents douloureux et inflammatoires des annexes et du péritoine ;

5° La laparotomie dans les cas de péritonite ;

6° L'hystérectomie abdominale.

**1° Traitement des plaies vulvo-périnéales.** — Lorsque, deux ou trois jours après l'accouchement, on est appelé auprès d'une femme pour des accidents fébriles modérés avec un frisson léger, si on a la certitude que la délivrance a été bien faite et si l'on constate qu'il existe une déchirure assez étendue du périnée sans tendance à la réunion, on peut se contenter, après un lavage soigneux de cette région, de saupoudrer la plaie avec de l'iodoforme et de renouveler ce pansement deux ou trois fois par jour. Si les accidents sont un peu plus intenses, si la plaie anfractueuse n'a pas de tendance à la cicatrisation, il est sage d'aviver cette plaie, de la gratter jusqu'à ce qu'elle saigne suffisamment, et de pratiquer une suture secondaire ; cette petite opération suffit souvent à faire tomber la température.

Le pansement iodoformé est seul indiqué pour les plaies contuses présentant des eschares qu'il est assez commun d'observer au niveau de la vulve chez les primipares albuminuriques.

Lorsque les plaies, recouvertes d'un enduit grisâtre plus ou moins épais, présentent un aspect diphtéroïde, les applications locales de teinture d'iode rendent les plus grands services. Si par exception les plaies grisâtres de la vulve et du vagin étaient envahies par le bacille de Loeffler, il faut recourir, comme l'a fait Bumm avec succès, aux injections de sérum antidiphtéritique.

Quand la partie antérieure du vagin a été assez contuse, on peut employer ou bien le pansement avec la gaze iodoformée, ou les injections vaginales plus ou moins prolongées.

**2° Injections vaginales.** — Elles sont utiles dans les cas où les liquides qui sortent de l'utérus s'accumulent dans le vagin, qui forme cuvette. Elles suffisent parfois à supprimer les élévations de température chez des femmes qui, ayant eu de la rétention partielle ou totale des membranes, présentent des lochies fétides avec élévation de la température.

De même, dans les plaies contuses, les injections vaginales avec le permanganate de potasse ou avec une solution phéniquée faible sont utiles. « Quand il y a lieu d'accuser les plaies de la vulve, de la muqueuse vaginale d'être les portes d'entrée du poison, quand il n'existe rien d'anormal du côté de l'utérus, il faudra procéder à la désinfection du vagin et modifier les plaies. Ici les injections vaginales rendront les plus grands services. » (Bar.) Les pansements iodoformés vaginaux sont particulièrement utiles dans certains cas où il existe des plaies irrégulières, anfractueuses, de la vulve et du périnée. Ils constituent une sorte de barrière entre la région déjà infectée et le segment inférieur de l'utérus qui ne l'est pas encore.

L'irrigation vaginale continue, que l'on peut pratiquer d'après la méthode que nous allons indiquer pour l'irrigation utérine, en se contentant de mettre une canule dans le vagin, n'a que de rares applications.

3° *Médication utérine.* — C'est, à l'heure actuelle, la plus employée.

A. *Injection intra-utérine.* — On peut même dire qu'elle est trop usitée: car, pour nombre de médecins et de sages-femmes, toute élévation de température chez l'accouchée, avec ou sans frisson, nécessite une ou plusieurs injections intra-utérines. Chez quelques femmes elle est inutile, l'hyperthermie plus ou moins passagère étant due à la stercorémie, à des lymphangites du sein, à de l'infection vulvo-vaginale, etc.

Pour justifier cette conduite, nombre d'accoucheurs considèrent que dans ces cas-là l'injection intra-utérine est une précaution inutile, mais sans danger. Ce que nous avons dit (page 260) des précautions à prendre pour faire l'injection intra-utérine et des quelques dangers qui résultent de cette petite intervention (pénétration d'air, de liquides dans les veines, ensemencement de l'utérus par la sonde qui traverse le canal vaginal plus ou moins infecté, accidents convulsifs, etc.), ne nous permet pas de partager complètement cette manière de voir. Sans doute, dans un certain nombre de cas, les injections intra-utérines répétées donnent de bons résultats, amènent la disparition des accidents fébriles, mais il est loin d'en être toujours ainsi. Ces injections n'ont en effet qu'une action intermittente et superficielle sur l'utérus, le liquide n'étant en contact avec la muqueuse utéro-vaginale que pendant un temps relativement court; dans l'intervalle des lavages la plaie reste exposée à l'envahissement des germes et au contact des liquides insuffisamment désinfectés. — De plus, ces injections intra-utérines répétées nécessitent des manœuvres un peu délicates, l'introduction dans le vagin d'une partie de la main ou tout au moins de plusieurs doigts. En outre, elles constituent de petits traumatismes répétés qui sont parfois nuisibles. — Aussi, plusieurs accoucheurs, convaincus de la nécessité de la désinfection utérine dans le traitement de la septicémie puerpérale, ont-ils cherché à simplifier les choses, les uns en facilitant les lavages au moyen du drainage de l'utérus, les autres en établissant une irrigation intra-utérine continue.

Ainsi, à notre avis, dans un certain nombre de cas d'élévation de température sans que l'utérus soit en cause, l'injection intra-utérine est inutile: elle peut être par cela même dangereuse.

Elle est encore dangereuse, d'une tout autre manière, dans des cas d'in-

fection utérine caractérisée, en ce qu'elle atténue temporairement des symptômes d'infection; elle masque ainsi le danger et retarde le moment où l'on est forcé d'employer un traitement plus radical et plus efficace, le curettage par exemple.

Les injections intra-utérines sont la plupart du temps très utiles et suffisent souvent à arrêter le développement d'une infection légère au début; mais il serait utile que leurs indications fussent bien précisées. Il nous semble qu'à l'heure actuelle elles trouvent leur indication toutes les fois que la rétention partielle ou complète des membranes s'accompagne de fétidité des lochies et d'élévation de température: toutes les fois que les mêmes symptômes existent, alors que la main ou les instruments ont été introduits dans l'utérus. L'injection intra-utérine est employée également avec avantage chez les femmes dont l'œuf a été ouvert longtemps avant la terminaison de l'accouchement, surtout lorsqu'on a constaté à ce moment de la fétidité des liquides s'écoulant de l'utérus.

Il faut d'ailleurs distinguer, au point de vue des indications des injections intra-utérines, les cas où l'on est aussi certain que possible des précautions qui ont été prises et ceux où il peut y avoir eu un défaut d'asepsie au moment de l'accouchement. On interviendra plus hâtivement dans le second cas que dans le premier. Ainsi, dans une Maternité, où d'ailleurs il faut redouter le moindre accident fébrile, aura-t-on plus facilement recours à l'injection intra-utérine, alors même qu'on n'a pas la certitude que l'élévation de température est due à l'infection utérine. C'est probablement pour cette raison — et parce qu'ils ont la délicate mission d'enseigner — que Tarnier et Pinard se déclarent tous deux très partisans de l'injection intra-utérine hâtive. A la Clinique de la rue d'Assas, dit Tarnier<sup>1</sup>, « je fais donner une injection intra-utérine toutes les fois que, chez une nouvelle accouchée, la température axillaire atteint ou dépasse 38 degrés. Toute femme en effet chez laquelle il se produit une ascension de la température au-dessus de 38 degrés, surtout dans les cinq premiers jours qui suivent l'accouchement, doit, jusqu'à plus ample informé, être considérée comme atteinte de septicémie puerpérale, que l'ascension thermique soit ou non accompagnée de frissons, qu'elle coïncide ou non avec de la fétidité des lochies. De plus, comme il est impossible, au début de la maladie, de savoir d'avance le degré qu'atteindra l'infection, et de prévoir s'il s'agira d'une forme bénigne ou d'une forme grave de septicémie puerpérale, il sera prudent de se conduire comme s'il s'agissait d'un cas grave et, par conséquent, il faudra, sans hésiter et sans perdre un instant, instituer un traitement local énergique, et agir activement sur l'utérus qui, habituellement, est le premier organe atteint. Quelquefois cependant le point de départ de l'infection peut être une plaie périnéale ou vaginale, mais il n'est pas absolument indispensable de faire cette distinction, car, en irriguant tout le canal génital y compris l'utérus, on atteindra le mal et on le guérira.

« Posée ainsi, l'indication des injections intra-utérines post partum est

<sup>1</sup> De l'asepsie et de l'antisepsie en obstétrique, p. 658.

très nette, mais un peu trop absolue. En effet, les causes indépendantes des organes génitaux peuvent produire de la fièvre; telles sont, par exemple, la grippe, la fièvre typhoïde, etc., qu'on voit évoluer chez les nouvelles accouchées comme chez toute femme en dehors de l'état puerpéral; telles sont encore les affections mammaires qui sont très fréquentes. Il sera donc nécessaire de procéder à un examen approfondi de la malade pour établir un diagnostic exact. Mais, on ne saurait trop le dire et le répéter, on a presque toujours affaire, dans ces conditions, à une infection d'origine utérine; aussi, dans le doute, il est plus prudent d'instituer un traitement local que de se borner à l'expectation.

« Mieux vaut, en effet, pratiquer une injection intra-utérine inutile, ce qui est inoffensif, que de s'exposer à laisser le mal gagner en profondeur et en étendue, et risquer par conséquent de n'intervenir qu'une fois que l'infection se sera généralisée et qu'elle sera peut-être alors au-dessus des ressources de l'art. Jamais, pour mon compte personnel, je n'ai eu à me repentir d'avoir fait une injection intra-utérine qui, à la rigueur, eût pu être différée, mais j'ai eu quelquefois à regretter de n'avoir pas agi assez tôt. »

Pinard<sup>1</sup> n'est pas moins catégorique : « Chez toute nouvelle accouchée qui présente une ascension thermique dans les six premiers jours qui suivent l'accouchement, soupçonnez toujours l'infection puerpérale utéro-vaginale, et si vous ne trouvez nulle part ailleurs, d'une façon absolument nette, la source de cette élévation de température, diagnostiquez-la, avouez-la, et traitez-la... La température de 38 degrés est l'indication formelle d'une injection intra-utérine; à la Clinique Baudelocque comme à la Clinique de la rue d'Assas, il est de règle absolue de pratiquer une injection intra-utérine chez toute femme nouvellement accouchée dont la température axillaire accuse 38 degrés ou au-dessus, et cela est d'autant plus nécessaire que la femme est accouchée plus récemment.

« C'est le premier traitement à instituer et souvent il sera suffisant. L'injection intra-utérine doit être, en un mot, le traitement de la première ascension thermique. Faut-il renouveler l'injection intra-utérine? Cela dépend de la marche de la température et du pouls. Si après six heures la température est normale on doit s'abstenir. Si la température est inférieure à la précédente, mais encore supérieure à la normale, le pouls étant resté fréquent, il faut faire une nouvelle irrigation intra-utérine... Si, après une deuxième injection intra-utérine, on constate une ascension constante du degré thermique et une accélération croissante du pouls, il faut voir alors dans la persistance et la marche de ces symptômes la preuve de l'insuffisance des moyens employés : l'infection n'a pas été arrêtée par le lavage utéro-vaginal. Il faut faire plus et sans perdre de temps. Deux moyens s'offrent alors : l'irrigation continue et le curettage. »

Nous avons vu (page 262) quels étaient les principaux antiseptiques employés pour les injections intra-utérines; outre ceux dont nous avons parlé, le bleu de méthylène a donné de bons résultats à Lugeol et Fieux chez

<sup>1</sup> *Semaine médicale*, 21 août 1895.

un certain nombre de femmes chez lesquelles des accidents de septicémie s'étaient produits pendant les post partum. L'emploi des antiseptiques ordinaires et même le curettage n'ayant donné aucun résultat, Lugeol et Fieux<sup>1</sup> ont eu recours au bleu de méthylène qu'ils ont employé en solution au 1/10 000.

Une première injection intra-utérine était faite avec le sublimé, puis une seconde avec 150 centimètres cubes de solution de bleu de méthylène. Dès cette intervention la fièvre tombait et les lochies perdaient leur abondance et leur fétilité.

B. *Irrigation utérine continue*. — Nous ne parlons pas du drainage qui, préconisé par plusieurs accoucheurs allemands, n'est plus guère usité. L'irrigation continue, employée par Schüking, Schröder, Lœvenstein, a donné de bons résultats entre les mains de Snéguireff (de Moscou); mais ce sont les travaux<sup>2</sup> de Pinard et de Varnier qui ont vulgarisé en France cette méthode.

Lorsqu'on veut soumettre une femme à l'irrigation continue, voici comment on dispose les choses : sur un lit en fer muni d'un sommier à lames métalliques flexibles et parallèles, deux matelas ordinaires repliés sur eux-mêmes sont placés bout à bout, de telle façon qu'un interstice existe au milieu du lit entre les deux matelas.

Chaque matelas est recouvert d'une toile imperméable, dont les extrémités libres viennent tomber dans le vide situé entre les deux matelas et dirigent le liquide dans un récipient placé sous le lit. Cette disposition peut être appliquée partout et avec tous les lits possibles; le lit ainsi préparé permet, d'une part, de supporter un décubitus dorsal prolongé, et facilite, d'autre part, l'écoulement continu du liquide qui a servi à l'irrigation.

L'appareil irrigateur se compose d'un réservoir en verre ou en faïence d'une contenance moyenne de 15 litres; ce réservoir, placé à 50 centimètres environ au-dessus du plan du lit, est relié à la sonde intra-utérine à l'aide d'un tube en caoutchouc sur le trajet duquel se trouve un robinet qui permet de régler le débit du liquide; ce robinet, au lieu d'être placé sur le tube de caoutchouc, peut l'être à l'orifice du tonneau.

On se sert d'une sonde en étain ou en argent, en ayant soin de la désinfecter soigneusement; cette sonde est maintenue à l'aide de ficelles ou de lacs qui passent dans les œillets et que l'on fixe autour du bassin de la femme.

La femme étant ainsi couchée, la sonde intra-utérine est introduite dans l'utérus avec les précautions d'usage. On passe dans chacun des deux œillets de la sonde une ficelle que l'on rattache à un ruban fixé en ceinture autour de l'abdomen. La sonde doit être bien maintenue, sans toutefois que son extrémité libre porte sur un plan résistant. L'irrigation doit être continue, il faut pour cela qu'une personne veille à ce que le tonnelet soit toujours rempli de liquide antiseptique et à ce que le débit soit régulier. Quant au

<sup>1</sup> *Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, octobre 1894.

<sup>2</sup> De l'irrigation continue comme traitement prophylactique et curatif des infections puerpérales (*Annales de gynécologie*, 1886).

liquide à employer pour l'irrigation, on se sert d'abord, pendant un quart d'heure à une demi-heure, d'une irrigation de bi-iodure de mercure à 1 pour 4000. Dès que le canal utéro-vagino-vulvaire a été bien lavé avec cette solution, on la remplace par une solution phéniquée à 1 pour 100. Cette solution est continuée jusqu'au moment où la température est descendue à la normale et s'y maintient pendant quelques heures, ou bien lorsque les urines deviennent noires au moment de leur émission. On lui substitue alors une solution saturée d'acide borique. Si la femme souffre d'être mal couchée, si elle ne dort pas, on a recours aux injections hypodermiques de morphine.

L'irrigation continue est employée dans deux cas différents : tantôt comme traitement prophylactique, par exemple, pour une femme chez laquelle on a pratiqué l'embryotomie sur un fœtus mort et putréfié, puis la délivrance artificielle. Si surtout cette femme a été touchée par des mains dont on ne peut garantir l'asepsie, il est prudent de soumettre la femme à l'irrigation continue pendant deux ou trois jours. S'il ne survient aucun accident fébrile, on cesse l'irrigation, mais on surveille attentivement la femme.

Dans d'autres cas, la femme est infectée, elle a eu un ou plusieurs frissons ; il faut continuer l'irrigation tant que la température n'est pas revenue à la normale. Dans nombre de cas où l'irrigation continue est pratiquée assez tôt après le début des accidents fébriles, il suffit de désinfecter ainsi l'utérus pour que la température redevienne normale.

Telle a été, pendant un certain temps, la méthode préconisée par Pinard et Varnier. A l'heure actuelle ils conseillent, lorsque au bout de vingt-quatre heures d'irrigation continue la température reste élevée, de recourir à une intervention plus radicale, le curettage.

Pinard reste partisan de l'irrigation continue parce qu'elle suffit parfois à amener l'abaissement définitif de la température et parce qu'elle est utile comme traitement préparatoire du curettage : en effet le frisson après le curettage est d'autant plus rare et la chute définitive du pouls et de la température d'autant plus constante que l'irrigation continue a précédé le curettage. Lorsqu'une femme est soumise à l'irrigation continue, dit Pinard, la marche du pouls et de la température peut présenter trois allures différentes :

« 1° On voit, d'heure en heure, la température s'abaisser graduellement et parallèlement pour atteindre la normale après quelques heures et y rester définitivement ; c'est la guérison. On cesse l'irrigation ;

« 2° On voit la température s'abaisser, quelquefois même au-dessous de la normale. De là, la nécessité de remplacer la solution phéniquée par la solution naphtolée ou boriquée ; mais le pouls reste fréquent : l'infection n'est pas vaincue.

« 3° On voit la température rester stationnaire ou s'élever et le pouls rester aussi fréquent ou le devenir davantage : l'infection gagne. — Dans ces deux derniers cas, le troisième jour étant écoulé, il faut pratiquer le curettage. »

L'irrigation continue peut donner lieu, lorsqu'on la commence, aux

mêmes accidents que l'injection intra-utérine : s'il survient des accidents syncopaux ou convulsifs, on cesse l'irrigation pour la reprendre quelque temps après. Un accident plus grave, mais très rare, — Flandrin, dans sa thèse (1895) n'a pu en réunir que deux observations, — est la perforation de l'utérus : dans un cas la femme avait du délire ; dans le second cas on avait fixé la sonde par des liens aux barreaux du lit ; la femme en s'agitant perfora son utérus. « Ces deux observations prouvent qu'il faut cesser l'irrigation en cas de délire ou de trop vive agitation de la malade, et qu'il est imprudent de fixer les liens attachés à la sonde, ailleurs qu'au bassin de la femme ; car si elle s'agite, dans un moment où la surveillance est relâchée, la sonde accompagne ses mouvements ; la perforation n'est à craindre que si ces liens sont attachés à un point fixe, comme les matelas ou les barreaux du lit. » (Pinard et Wallich.)

C. Curettage. — Cette méthode, préconisée depuis 1885 par Doléris<sup>1</sup>, surtout contre les accidents post-abortifs, est de plus en plus employée dans le traitement des suites de couches pathologiques après l'accouchement à terme. Il faut donc en préciser le manuel opératoire et les indications.

Manuel opératoire. — La technique du curettage utérin ne diffère guère suivant les opérateurs, ainsi qu'on en peut juger en lisant la thèse de Marmasse<sup>2</sup> où est exposée avec détails la pratique suivie à la Maternité de Beaujon par Ribemont-Dessaignes.

Voici quel est le manuel opératoire conseillé par Pinard et Wallich<sup>3</sup> ; les

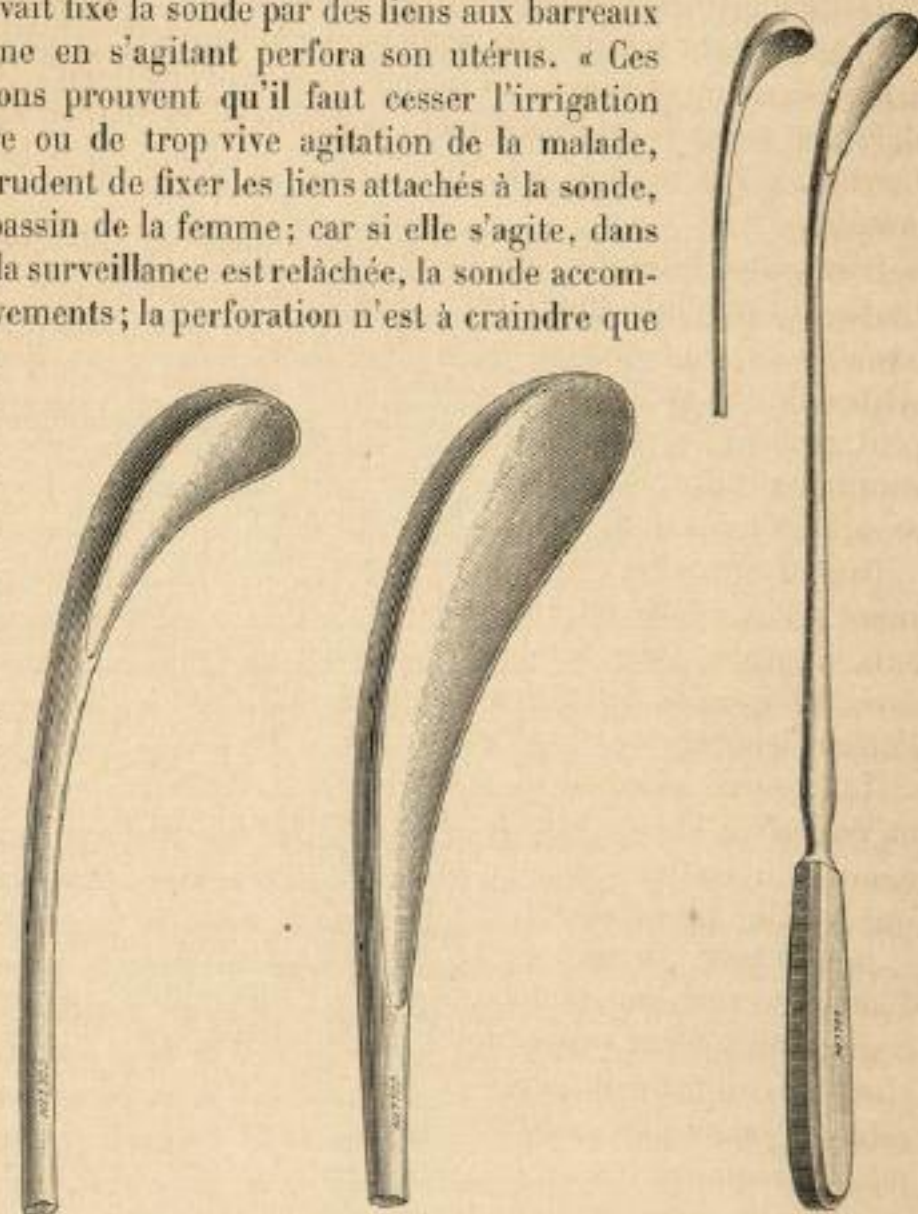


Fig. 567. — Bec des curettes, grandeur naturelle.

Fig. 568. — Les curettes réduites de moitié.

<sup>1</sup> Archives d'obstétrique, de gynécologie (mai et juin 1886, février et mars 1897).

<sup>2</sup> Du curettage dans les accidents des suites de couches. Thèse de Paris, 1895.

<sup>3</sup> Semaine médicale, 21 août 1895.

instruments sont les suivants : 1° une première curette ayant la longueur de la sonde Tarnier, c'est-à-dire 28 centimètres, à surface large et courbure spéciale (fig. 567 et 568) et à bords mousses; 2° une deuxième curette ayant la même longueur, mais à surface plus petite et à bords demi-tranchants; elle est destinée aux cornes et aux bords de l'utérus, et sert aussi dans les curettages après avortement; 3° une sonde plate de Tarnier; 4° une pince de Museux à deux mors; 5° une pince à longs mors, courbe; 6° une pince à longs mors, droite; 7° une sonde vésicale; 8° un rasoir; 9° une paire de ciseaux.

La femme est placée en travers du lit, le siège débordant; deux aides fléchissent, écartent les cuisses de la malade, en prenant un de ses genoux dans leur aisselle, de façon à avoir une prise solide sur l'opérée, tout en conservant la liberté de leurs mains pour aider l'opérateur.

Deux doigts de la main gauche introduits doucement dans le vagin vont atteindre le col et sentir l'orifice utérin; ils devront rester dans cette situation jusqu'à la fin de l'opération. On guide alors sur ces deux doigts une pince de Museux à deux mors qui va saisir solidement la lèvre antérieure du col. Le col saisi, on tire lentement sur la pince de façon à faire descendre l'utérus, et le col paraît bientôt à la vulve avec les deux doigts qui n'ont pas quitté son orifice. La pince est, à ce moment, confiée à un aide qui la prend par un de ses anneaux et la maintient horizontalement, sans tirer. On introduit dans la cavité utérine la sonde de Tarnier, on pratique une injection utérine et, avant de retirer la sonde, on mesure l'étendue de la cavité utérine.

La sonde retirée, on introduit la première curette large et à bords mousses jusqu'au fond de la cavité utérine et on racle alors toute la face antérieure sans sortir la curette. Ce n'est que lorsque toute la face antérieure est ainsi curettée que l'on retire l'instrument pour évacuer le produit du raclage. Puis, la curette est réintroduite pour procéder, de la même façon, au raclage de la face postérieure. Cela fait, on remplace la large curette par la petite, pour aller abraser la muqueuse au niveau des deux cornes et reviser méthodiquement les faces, le fond et les bords de l'organe. Lorsque l'instrument ne ramène plus, à quelque endroit qu'on le fasse agir, que des caillots, on procède alors au curettage du col. Celui-ci terminé, on reprend la sonde de Tarnier et on fait une injection pour entraîner tous les débris du curettage. On charge ensuite une pince à longs mors d'une mèche d'ouate imbibée d'une solution phéniquée à 5 pour 100; on promène cette mèche dans la cavité utérine, elle s'exprime à son contact; on recommence avec une autre mèche deux ou trois fois de suite. Il ne reste plus qu'à faire le pansement intra-utérin à la gaze iodoformée. Cette gaze est destinée à constituer un drainage plutôt qu'un tamponnement. Elle doit être coupée en une lanière peu épaisse, afin qu'elle puisse être introduite facilement. On saisit l'extrémité de la lanière avec une pince à mors lisses et on introduit la pince ainsi chargée jusqu'au fond de l'utérus. On répète cette manœuvre deux ou trois fois, jusqu'à ce qu'on éprouve une légère difficulté à pénétrer; on doit s'arrêter à ce moment et ne pas forcer. Le reste de la lanière est laissé dans le vagin,

une compresse d'ouate antiseptique est placée sur la vulve, et la femme est replacée dans son lit.

Ce manuel opératoire diffère surtout de celui qui est généralement conseillé en ce qu'on n'a pas recours à l'anesthésie et en ce qu'on ne place ni speculum ni valves. Pinard et Wallich redoutent avec raison l'anesthésie chloroformique dans le curettage, à cause des hémorragies inquiétantes qu'on peut observer au cours de cette opération; c'est pour que l'opération soit aussi peu douloureuse que possible qu'ils ne se servent ni de speculum ni de valves. Il est presque toujours préférable de curetter sans anesthésier; ce qui met l'opération, parfois urgente, à la portée de tout praticien.

Grynfeltt<sup>1</sup> (de Montpellier) pratique le curettage sans anesthésie chloroformique; il fait prendre à la malade, une demi-heure avant l'intervention, la potion suivante :

Sirup de morphine. . . . .	40 grammes.
Chloral. . . . .	2 —

L'insensibilité produite est suffisante même chez les femmes nerveuses ou craintives.

Dans les cas où il y a rétention d'un cotylédon placentaire et d'une portion des membranes, il est préférable d'introduire la main dans l'utérus pour compléter la délivrance. On se sert ensuite de la curette pour nettoyer toute la cavité utérine.

Le curettage doit être fait avec prudence, le muscle utérin n'ayant pas la résistance ni la consistance de l'utérus non gravide, dans lequel on pratique un curettage pour endométrite chronique par exemple.

Les jours suivants, au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures, on retire les mèches de gaze iodoformée; suivant la marche de la température, on les enlève définitivement ou on en introduit d'autres.

*Indications.* — Dans quel cas faut-il pratiquer le curettage? Théoriquement le curettage est formellement indiqué lorsqu'il existe une infection intra-utérine encore localisée à la muqueuse et qui a résisté aux lavages utérins. Cliniquement il n'est point facile de préciser ainsi les choses et il suffit de se rappeler les constatations faites à l'autopsie des femmes mortes de septicémie puerpérale pour comprendre que le curettage utérin doit être une méthode précieuse dans les cas où l'infection utérine est bien localisée, inefficace lorsqu'il y a infection sanguine généralisée.

Lorsqu'on ouvre des utérus de femmes mortes de septicémie puerpérale, les uns présentent une surface interne plus ou moins sphacélée que la curette aurait pu nettoyer parfaitement; d'autres, au contraire, ont une muqueuse qui à l'œil nu paraît saine, ou à peu près saine.

Il va sans dire que, toutes les fois où l'hyperthermie n'est point due à une infection utérine, le curettage est inutile, voire dangereux, puisqu'il crée des portes d'entrée pour les micro-organismes.

<sup>1</sup> Thèse Castan, Montpellier, 1891.

Les avis diffèrent un peu sur l'époque à laquelle il faut pratiquer le curetage : les uns, comme Tarnier, Ribemont-Dessaignes, sont temporisateurs, en ce sens qu'ils ne pratiquent guère le curetage que deux ou trois jours après le début des accidents, alors que les lavages utérins sont reconnus impuissants. Pinard, comme nous l'avons vu, agit un peu plus hâtivement, c'est-à-dire vingt-quatre heures après l'apparition des signes d'infection; toutefois il ne pratique pas le curetage avant la fin du troisième jour qui suit l'accouchement. D'autres sont au contraire partisans du curetage précoce, dès le début des accidents.

Pinard et Wallich<sup>1</sup> concluent, au point de vue des indications du curetage, que le moment de choix pour le pratiquer est « la deuxième élévation de température, la première n'ayant pas cédé à l'injection intra-utérine, ou lorsque la température se maintient élevée après qu'on a cessé l'irrigation continue. Si l'infection est plus ancienne, il vaut encore mieux pratiquer le curetage, que de rester dans l'inaction, mais sans grand espoir de succès. — Le curetage donne lieu à si peu d'accidents qu'il vaut mieux en faire un de plus, que de regretter de ne pas l'avoir pratiqué. Comme contre-indication nous n'en voyons qu'une seule, c'est la date récente de l'accouchement, et nous conseillons de ne pas curetter avant la fin du troisième jour. »

Que se passe-t-il après le curetage? D'après Pinard et Wallich<sup>2</sup>, on observe trois groupes ou trois types de faits :

« a. Premier type, à chute définitive de la température et du pouls; b. deuxième type, à chute progressive et lente avec parallélisme de la température et du pouls; c. troisième type, ascendant.

« 1° Dans le type à chute définitive à la normale, on retire, vingt-quatre heures après le curetage, la mèche de gaze placée dans l'utérus, on fait une injection intra-utérine et l'on se borne ensuite aux injections vaginales, quand il y a des plaies au niveau du vagin;

« 2° Dans le type à chute progressive, mais lente, on retire, au bout de vingt-quatre heures, la mèche de gaze de la matrice, et on pratique toutes les vingt-quatre heures une injection intra-utérine jusqu'au retour à la normale du pouls et de la température. Des injections vaginales sont faites trois fois par jour;

« 3° Dans le type ascendant, il faut établir des distinctions : tantôt il y a une simple ascension, même avec frisson, immédiatement après le curetage, puis une chute progressive, ou même une chute rapide et définitive. Cette marche, notée assez souvent dans nos observations, semble répondre à une inoculation produite au moment du curetage. Dans ce cas, la conduite à tenir est la même que celle que je vous conseillais dans les deux premiers types.

« Mais, quand la température monte progressivement, il est évident que l'infection continue, et elle peut continuer pour deux raisons : ou bien elle a été attaquée d'une façon insuffisante, ou bien elle s'est généralisée et l'action locale est incapable d'atténuer les effets d'une infection qui a envahi tout

<sup>1</sup> Traitement de l'infection puerpérale. Paris, G. Steinheil, éd. 1896, p. 64.

<sup>2</sup> *Semaine médicale*, 24 août 1895.

l'organisme. Ce sont, au moins, deux hypothèses qui peuvent être émises et qui doivent conduire aux indications suivantes :

« a. Contre l'action locale imparfaite, il y a une indication très simple : recommencer à agir localement et curetter à nouveau. Quel que soit le soin ou l'habileté de l'opérateur, il faut bien admettre que l'abrasion de la muqueuse, théoriquement et pratiquement, ne peut être complète et parfaite, et que la curette a peut-être négligé un coin de cavité utérine ou un point de la surface qui suffit à entretenir les phénomènes infectieux. Dans tous les cas, il n'y a aucun inconvénient, pour répondre à ces probabilités, à recommencer le curetage dans les conditions que nous avons indiquées. C'est ce que nous avons fait, avec succès, un certain nombre de fois.

« b. Si, au contraire, l'ascension de la température est sous la dépendance de la généralisation de l'infection, on n'aura rien fait d'inutile en curettant de nouveau, mais on n'aura rien fait d'utile non plus.

« Que faire alors? Jusque dans ces derniers temps nous disions : avoir recours à l'irrigation continue, car diverses observations nous ont montré que, par ce moyen, l'absorption par l'organisme des liquides antiseptiques avait pu arrêter les progrès de l'infection généralisée et amener la guérison. Aujourd'hui, je vous dis : recommencez l'irrigation continue et pratiquez des injections de sérum antistreptococcique. »

4° *Traitement des accidents douloureux et inflammatoires des annexes et du péritoine.* — Ces accidents peuvent être localisés à l'utérus et à ses annexes ou bien généralisés au péritoine. Le traitement ne diffère guère.

La glace, appliquée sur la région abdominale qui est protégée par une épaisseur de flanelle, calme les douleurs et modère l'inflammation, à la condition d'être employée d'une manière continue. On la met dans une vessie de porc ou de caoutchouc plus ou moins grande, ou bien on fait un cataplasme glacé en mélangeant de la glace finement cassée à de la graine de lin.

Les émissions sanguines locales (ventouses scarifiées, sangsues) sont employées avec avantage quand il existe des lésions des annexes de l'utérus.

Si les symptômes abdominaux sont très marqués, on a recours aux onctions sur le ventre avec une pommade hydrargyrique belladonnée, ou mieux avec la pommade mercurielle double. On renouvelle ces onctions matin et soir, jusqu'à ce qu'il se produise un érythème assez intense. Dans certains cas, Pinard cherche ainsi à obtenir une véritable imprégnation de l'organisme par le mercure, comme le faisaient autrefois les médecins qui donnaient le mercure jusqu'à produire la salivation et la stomatite.

5° *Laparotomie.* — Tous ces moyens sont considérés, par certains accoucheurs, comme insuffisants. Ils pensent être plus logiques en présence d'une femme ayant une péritonite causée par septicémie puerpérale en incisant la paroi abdominale, en drainant cette cavité après lavages avec de l'eau bouillie ou de l'eau boricuée. Les résultats obtenus par cette méthode sont jusqu'à présent peu encourageants, presque toutes les femmes ayant succombé peu de temps après l'opération. Il est vrai de dire que presque toutes ont été opérées alors que leur situation était quasi désespérée; cependant, il est à craindre que les résultats ultérieurs ne soient guère meilleurs, car, dans ces

cas de péritonite suffisamment caractérisée pour indiquer l'intervention chirurgicale, il y a en même temps infection générale de tout l'organisme.

Bouilly<sup>1</sup> a pratiqué l'un des premiers la laparotomie chez des femmes ayant une péritonite puerpérale généralisée, au milieu des symptômes les plus graves : sur six femmes, dont deux opérées *in extremis*, quatre sont mortes et deux ont guéri. « En rassemblant, dit Tarnier<sup>2</sup>, les cas de Bouilly, Lawson Tait, Raymond, Evans et Worcester, nous trouvons que sur quatorze laparotomies simples suivies de lavage et de drainage, pratiquées dans des cas de péritonite puerpérale à la période encore aiguë, on a obtenu six guérisons qui sont vraisemblablement dues à l'intervention chirurgicale. Pendant mon internat à la Maternité, j'ai vu mourir un si grand nombre de nouvelles accouchées atteintes de péritonite puerpérale aiguë que, pour moi, le diagnostic de cette maladie équivaut presque à un arrêt de mort.... Je n'hésite pas à déclarer que vous serez autorisés à pratiquer la laparotomie chez les femmes atteintes de péritonite puerpérale, dans des conditions analogues à celles qui ont été observées par les opérateurs que je viens de citer. »

Voici quel est, d'après Tarnier, le manuel opératoire à suivre. La femme est anesthésiée; incision très prudente de 6 centimètres seulement sur la ligne blanche; il s'écoule un liquide plus ou moins abondant et ayant des caractères variables (louche, rougeâtre, purulent, quelquefois fétide). On introduit dans la plaie deux doigts sur lesquels on conduit une longue canule en verre adaptée à un injecteur vaginal ordinaire. Cette canule est promenée dans toutes les directions, déplaçant et refoulant les anses intestinales; avec le doigt et la canule on décolle les anses intestinales et on explore toute l'étendue du ventre. Après avoir fait passer 10, 15 ou 20 litres de liquide, on cesse l'injection lorsque le liquide ressort parfaitement clair et n'entraîne plus de flocons purulents. Le liquide qui sert au lavage péritonéal est de l'eau stérilisée, pure ou additionnée de sel marin ou mieux encore de l'eau boricisée stérilisée par l'ébullition; quand l'exsudat péritonitique est purulent et fétide, mieux vaut faire le lavage avec un liquide antiseptique tel que la solution de sublimé à 1 pour 5000 employée par Bouilly. Afin de diminuer l'absorption (Delbet), on commence et on finit en faisant la toilette péritonéale avec de l'eau simple. On introduit dans le cul-de-sac de Douglas deux gros tubes à drainage et on suture la paroi comme à l'ordinaire. Pansement légèrement compressif avec de la gaze iodoformée. L'opération doit être faite rapidement en 10 ou 20 minutes (Bouilly).

Le pansement est renouvelé quand il est taché ou quand il survient une température anormale; on fait par les drains des lavages intra-péritonéaux ou l'on s'en abstient suivant l'abondance et les caractères du suintement. Il est difficile de préciser le moment de l'intervention : « En général, dit Tarnier<sup>3</sup>, il convient d'opérer de bonne heure, mais les faits publiés jusqu'ici ne sont pas encore en nombre suffisant pour nous permettre de juger cette question définitivement. — Lorsque les phénomènes généraux sont très graves et la

<sup>1</sup> *Traitement chirurgical de la péritonite* (Congrès de chirurgie, 1890, p. 225).

<sup>2</sup> *De l'asepsie et de l'antisepsie en obstétrique*, p. 721.

<sup>3</sup> *Loc. cit.*, p. 725.

réaction péritonéale manifeste, on peut intervenir. Il n'y a donc pas lieu d'attendre la formation d'un épanchement abdominal très abondant; il serait imprudent aussi de retarder l'intervention jusqu'à l'apparition des phénomènes généraux qui précèdent immédiatement l'agonie. Le ballonnement du ventre, une douleur vive généralisée et surtout accusée dans les fosses iliaques, un état général grave, sont des indications suffisantes de la laparotomie. »

**6° Hystérectomie.** — Les mêmes réflexions peuvent s'appliquer à l'ablation de l'utérus infecté par la voie abdominale ou vaginale.

Les premières opérations d'ablation de l'utérus infecté quelques jours après l'accouchement ont été pratiquées, non pas tant pour combattre la septicémie que pour enlever un placenta retenu dans l'utérus et qu'on ne pouvait extraire par les voies naturelles : telles sont les observations de Schultze<sup>1</sup> et de Skustch (d'Iéna)<sup>2</sup> et celle de Roosenburg (de la Haye)<sup>3</sup>, qui enleva par la voie vaginale l'utérus d'une femme ayant fait un avortement incomplet : ces trois femmes guérirent. D'autres opérateurs, Bouilly en France, Gorloborough et Hanks (de New-York), A. Sippel (de Berlin), etc., ont pratiqué avec intention l'hystérectomie contre l'infection puerpérale. En résumé 8 femmes sur 10 opérées ont guéri.

Toutefois les indications ne peuvent encore être bien précisées; Wintrebert<sup>4</sup> résume ainsi les conditions qui doivent se trouver réunies pour qu'on intervienne : 1° infection utérine; 2° infection limitée à l'utérus et à ses annexes avec intégrité des organes voisins; 3° pas d'infection sanguine; 4° inefficacité des moyens de traitement par les voies naturelles. Wintrebert rappelle en effet des observations de Widal, d'Étlinger, dans lesquelles des femmes puerpérales ont succombé à une infection localisée sans qu'il y ait eu infection sanguine. « L'hystérectomie, ajoute Wintrebert, répond en somme à la même indication expresse que le curettage : l'ablation d'un foyer d'infection. Seulement ici ce foyer est plus étendu, plus profond; il a pénétré la fibre musculaire et n'est plus accessible aux antiseptiques placés dans la cavité utérine; il n'est plus seulement intra-muqueux, il est parenchymateux, ou mieux intra-musculaire; c'est le second degré de l'infection puerpérale, la deuxième étape de l'infection dans la profondeur de l'organe. » La péritonite et l'infection généralisée de la malade sont une contre-indication à l'intervention.

Quant au procédé opératoire, la voie abdominale est préférable dans les infections qui surviennent après l'accouchement à terme, à cause de la friabilité des tissus et des difficultés qu'on peut rencontrer dans l'abaissement de l'utérus; la voie vaginale est réservée aux cas d'infection consécutive à un avortement survenu dans les premiers mois de la grossesse.

**7° Provocation d'abcès superficiels.** — Dans les formes graves et généralisées d'infection puerpérale, Fochier a employé avec quelques succès les

<sup>1</sup> *Centralb. für Gyn.*, 1886, n° 47, p. 765.

<sup>2</sup> *Centralb. für Gyn.*, 1888, n° 1, p. 12.

<sup>3</sup> *Nederland Tijdsch. v. Geneesk.*, n° 21, 1889.

<sup>4</sup> *De l'ablation de l'utérus dans les infections puerpérales*. Th. Paris, 1895.



injections sous-cutanées d'essence de térébenthine, produisant ainsi ce qu'il appelle des *abcès de fixation* : on laisse ces abcès évoluer sans les ouvrir. Tarnier, sans se prononcer d'une manière formelle sur la méthode, dit l'avoir employée sans succès dans deux cas où l'infection était déjà profonde. Il est bien difficile d'apprécier à l'heure actuelle la valeur exacte de cette méthode, qui repose sur ce fait d'observation, que certaines formes de septicémie grave ne guérissent qu'autant qu'il se produit des collections purulentes.

Chambrelent (Congrès de Bordeaux, 10 août 1895) a provoqué, dans 7 cas d'infection puerpérale grave, les abcès fixateurs au moyen d'une solution concentrée de chlorhydrate de quinine. Dans 4 cas, il y a eu une réaction locale et formation consécutive d'abcès volumineux : dans ces 4 cas la guérison est survenue après un laps de temps plus ou moins long. Dans les 5 autres cas, il n'y a pas eu de réaction locale : deux des malades sont mortes; la troisième, atteinte de manie puerpérale, est restée aliénée.

Ces considérations générales sur les différentes méthodes de traitement, usitées, à l'heure actuelle, dans le traitement des infections puerpérales, montrent combien il est difficile de formuler pour chacune d'elles un traitement spécial. C'est en se basant sur les principaux symptômes locaux et généraux qu'on arrive à poser les principales indications du traitement.

Dans les cas d'*endomérite* il faut, suivant l'intensité des accidents, recourir aux injections intra-utérines, à l'irrigation continue ou au curettage; contre les *lésions inflammatoires des annexes*, on a recours d'abord à la glace, aux révulsifs, etc.

Lorsqu'il y a *abcès pelvien* ou *phlegmon du ligament large*, on incise dans le cul-de-sac postérieur du vagin, ou bien, lorsque la collection bombe vers l'abdomen, on fait une incision parallèle à l'arcade de Fallope et analogue à l'incision faite pour la ligature de l'iliaque externe : on décolle le péritoine, on le relève et l'on arrive sur la collection purulente, qu'on incise et qu'on draine à la fois par le ventre et le vagin; c'est cette opération que Pozzi appelle la *laparotomie sous-péritonéale*.

#### PHLEGMATIA ALBA DOLENS

La phlegmatia alba dolens est une manifestation tardive et atténuée de l'infection puerpérale; c'est une des modalités cliniques de la *phlébite oblitérante des gros troncs*. Elle est caractérisée par une phlébite existant dans un membre inférieur, quelquefois dans les deux; elle peut envahir les veines du membre supérieur et même d'autres veines, telles que les jugulaires.

*Pathogénie.* — Les théories sur le mode de production des phlébites ont été aussi nombreuses que celles qui cherchent à expliquer la pathogénie de la fièvre puerpérale. Mauriceau a considéré la phlegmatia comme « un reflux des humeurs qui devaient être évacuées par les vidanges ». Puzos, Levet et beaucoup d'autres en firent le résultat d'un *engorgement laiteux*. D'après les travaux de Davis (1825), de Dance, la phlegmatia était due à une inflammation de la veine, à une *phlébite primitive*; Virchow substitua à la

théorie inflammatoire celle de la *thrombose spontanée*, c'est-à-dire du caillot produisant secondairement la phlébite.

Peu à peu naît la notion de l'origine infectieuse de la phlegmatia, grâce aux travaux d'Hervieux, de Doléris (1880) qui constate la présence de microbes dans le caillot de la phlegmatia; Hutinel (1885), Siredey (1884), pensent que la phlegmatia est d'origine infectieuse; cette hypothèse se confirme de plus en plus par la clinique, si bien qu'en 1887 Lepage (*Traité d'antisepsie*) écrivait, en reproduisant l'enseignement de Pinard : « Nombre d'accidents tardifs (certaines formes de phlegmatia alba dolens, phlegmon du ligament large, pyo-salpyngites, embolies, abcès métastatiques, pleurésies purulentes, etc.) proviennent de l'infection. Le rôle de l'antisepsie consiste à la prévenir en veillant à l'asepsie de l'accouchement et des suites de couches ».

Enfin, en 1889, Vidal démontre par des examens positifs que la phlegmatia est bien d'origine infectieuse, que c'est une forme atténuée de la septicémie puerpérale et qu'elle est produite par le streptocoque; c'est ce microbe qui, charrié par le sang, se dépose sur l'endothélium de la veine et enflamme sa paroi. Le caillot se forme consécutivement à cette inflammation. Quelquefois la propagation de l'inflammation se fait par la tunique externe des veines et par les vasa vasorum.

*Symptômes.* — La phlegmatia alba dolens débute rarement avant le douzième jour après l'accouchement; elle apparaît souvent du quinzième au vingtième, quelquefois plus tard.

Sur 26 cas où la date du début de la phlegmatia après l'accouchement a été constatée, Pinard et Wallieh ont noté que ce début avait eu lieu dans la :

Première semaine, 4 fois :	6°, 7°, 7°, 7° jour.
Deuxième — 7 fois :	8°, 9°, 9°, 9°, 10°, 10°, 12° jour.
Troisième — 8 fois :	15°, 16°, 16°, 17°, 18°, 18°, 19°, 20° jour.
Quatrième — 7 fois :	22°, 25°, 24°, 24°, 26°, 30°, 30° jour.

Les mêmes auteurs donnent sur la date d'apparition de la phlébite double (6 cas) les chiffres suivants :

Date de la première phlébite :	12°, 20°, 30°, 9°, 30°, 7° jour.
Date de la deuxième phlébite :	16°, 20°, 41°, 21°, 45°, 20° jour.

Il est exceptionnel qu'il n'y ait eu avant son apparition *quelques symptômes fébriles*. Si pendant longtemps on a admis que, dans un certain nombre de cas, la phlegmatia alba dolens débutait brusquement au milieu de suites de couches jusque-là normales, c'est qu'on ne prenait pas la température d'une manière régulière, au moins deux fois par jour, chez les accouchées.

Depuis que cette pratique s'est généralisée, si l'on regarde la courbe de température avant le début de la phlegmatia, on voit qu'il y a eu presque toujours une ou plusieurs élévations de température variant de 58 à 59 degrés. On peut même se demander si, dans les très rares observations où la courbe était normale, la où les élévations de température, ayant eu lieu en dehors des heures où l'on prend généralement la température, n'ont pas

échappé au thermomètre. Lorsque la phlegmatia survient dans ces conditions, elle est généralement bénigne. Ses symptômes sont au contraire beaucoup plus accusés, dans les cas où la femme a eu des accidents d'infection nettement caractérisés.

Parmi les signes qui permettent de prévoir l'apparition d'une phlegmatia puerpérale, Pinard attache une certaine importance à l'apparition brusque de douleurs dans l'épaule, de points de côté, et aux crachats hémoptoïques qui se montrent quelques jours après et résultent de petites embolies pulmonaires.

« A l'heure actuelle, disent Pinard et Wallich, quand nous voyons survenir, pendant les suites de couches, un point de côté peu accusé ou souvent une douleur à faire jeter des cris, douleur au niveau de l'épaule coïncidant avec un trouble dans le rythme des mouvements respiratoires, nous pensons tout de suite à l'existence d'embolies pulmonaires, non pas à celles qui apparaissent dans le cours ou à la fin de la phlegmatia et qui tuent plus ou moins rapidement, mais à de petites embolies qui provoquent les symptômes ci-dessus énumérés, et sont suivies, dans un laps de temps qui varie de deux à huit jours, de l'apparition d'une phlegmatia alba dolens. Dans 12 cas où nous avons pu suivre la marche des accidents, nous avons vu survenir 5 fois la phlegmatia au niveau du membre inférieur gauche seul; 6 fois la phlegmatia fut double; 1 fois la phlegmatia fut observée au niveau du membre supérieur gauche, les membres inférieurs indemnes.

« Ainsi donc, la phlegmatia alba dolens peut être annoncée par l'apparition de signes précurseurs constituant une scène se déroulant ainsi : points de côté au niveau du thorax ou de l'épaule, dyspnée; quelquefois orthopnée; phénomènes de percussion et d'auscultation extrêmement fugaces et variables; crachats hémoptoïques, et finalement phlegmatia.

« Il ne faut pas confondre ces embolies pulmonaires microbiennes avec les embolies pulmonaires du cours ou de la fin de la phlegmatia, qui alors tuent, par obstacle mécanique, l'obstruction produite par un caillot. »

Ces petites embolies pulmonaires peuvent exister sans qu'apparaisse ensuite une phlegmatia; lorsqu'on en constate les signes, il ne faut en conclure qu'à peu près fatalement surviendra une phlegmatia.

Dans certains cas, en effet, ce sont les phénomènes douloureux du côté de la poitrine qui marquent le début des accidents : c'est cette forme que Vaquez appelle *phlébite à début pulmonaire*. On voit de suite les erreurs de diagnostic qui peuvent faire prendre ces phénomènes douloureux pour de la *congestion pulmonaire*, de la *pleurésie*, voire même un début de *tuberculose pulmonaire*. Il faut connaître la valeur sémiologique de ces phénomènes douloureux chez des femmes qui, ayant présenté des suites de couches pathologiques, sont prédisposées à la phlébite.

Il est rare, en effet, ainsi que l'a montré Vaquez pour la phlegmatia alba dolens des cachectiques, que ces embolies pulmonaires existent, sans caillots, dans les veines des membres; il suffit que l'un de ces caillots augmente suffisamment de volume pour oblitérer le vaisseau. La phlegmatia est constituée.

Les *symptômes* caractéristiques de la phlegmatia débutent brusquement;

il existe d'abord une *douleur*, localisée au niveau de la thrombose; souvent c'est au niveau de la fosse iliaque, du creux poplité ou du mollet. Cette douleur est d'intensité variable; tantôt elle est sourde, s'accompagne de crampes, d'engourdissements, de sensations de pesanteur; tantôt elle est plus aiguë et plus vive. Elle s'exaspère par la pression et par le moindre mouvement. La peau perd un peu de sa sensibilité au contact et à la température (Budin) et présente au contraire de l'hyperesthésie au pincement et au frottement (Trousseau).

L'œdème suit rapidement l'apparition des phénomènes douloureux: il débute généralement au niveau du pied ou au niveau de la racine du membre, et envahit successivement tout ce membre de haut en bas ou de bas en haut. La peau, au niveau des régions œdématisées, est lisse et d'un blanc mat très accusé: rarement elle est rosée (forme lymphangitique). Cet œdème produit une déformation considérable du membre, qui devient cylindrique et peut doubler de volume. Le membre ainsi atteint (c'est d'ordinaire le membre inférieur gauche) est en légère flexion, reposant sur le lit par sa face externe. Quelquefois il est en extension complète et en légère rotation en dedans ou en dehors. La femme tient ce membre presque complètement immobile pour ne pas réveiller les douleurs. L'œdème est plus ou moins marqué, suivant que la circulation collatérale, plus ou moins développée, obvie plus ou moins bien à l'obstruction du vaisseau.

En palpant le membre ainsi atteint, si l'œdème est très accusé, s'il est dur, il conserve à peine l'empreinte du doigt. Le gonflement du membre n'empêche pas de délimiter, par des pressions qui doivent être très modérées et prudentes, une zone douloureuse répondant à la partie de la veine malade. En outre, on peut sentir sur le trajet de la veine des nodosités correspondant aux nids valvulaires au niveau desquels siègent les caillots les plus gros. On peut ainsi, dans certains cas, grâce à un empatement profond, suivre tout le trajet de la veine. L'articulation du genou est souvent le siège d'hydarthrose (Froisier, Letulle).

Dans quelques cas, les membres inférieurs ne sont pas seuls atteints; il existe une phlegmatia d'un des membres supérieurs. Cette dernière variété peut même exister seule.

La température du côté malade est généralement plus élevée que celle du côté sain de quelques dixièmes de degré (Damaschino).

Les *symptômes généraux* varient suivant l'intensité de l'infection et de la réaction inflammatoire de la veine. La température oscille entre 38 et 39 degrés, quelquefois au delà pendant huit à dix jours, puis elle s'abaisse, pour rester à peu près à la normale. Pendant la période fébrile, la femme a de l'inappétence; si les douleurs sont très marquées, elles peuvent causer de l'insomnie, mais ces différents symptômes disparaissent en même temps que s'abaisse la température.

Dans certains cas, l'abaissement de température n'est que temporaire, il se produit une nouvelle poussée infectieuse avec recrudescence des phénomènes douloureux et de l'œdème. Le plus habituellement, cette nouvelle élévation de température coïncide avec une phlébite qui envahit l'autre

membre inférieur. On voit apparaître sur ce membre « les symptômes observés précédemment sur le premier membre atteint. L'évolution de cette nouvelle phlegmatia est soit analogue à la première, ou plus légère, soit plus intense, suivant les cas. C'est la phlegmatia double que nous avons constatée 6 fois sur 29 observations, ce qui entraîne une prolongation de la durée de l'affection » (Pinard et Wallich).

La phlegmatia dure en général trois semaines à un mois; dans certains cas, où elle est peu marquée, la guérison est complète assez rapidement. Dans des cas plus graves — qu'on n'observe plus guère à l'heure actuelle — l'œdème s'accompagne de lymphangite, d'érysipèle, de sphacèle partiel de la peau ou même de phlegmons consécutifs à des périphlébites suppurées.

On observe assez fréquemment un œdème chronique qui persiste au niveau du membre atteint, c'est une sorte d'œdème éléphantiasique avec dermite chronique. Enfin, parmi les complications tardives, signalons : la persistance des névralgies crurale ou sciatique, qui s'exaspèrent au moment des règles, les raideurs articulaires, l'atrophie des muscles du membre atteint, les difformités des pieds et des orteils qui ont reçu le nom de pieds bots phlébitiques (Verneuil). Quelques-unes de ces complications sont dues en partie au séjour trop prolongé au lit; d'autres sont consécutives à des névrites infectieuses et surtout aux phlébites et varices des nerfs (Quenu), qui sont concomitantes de la phlébite.

**Diagnostic.** — Lorsque chez une accouchée on a constaté, pendant les huit premiers jours qui ont suivi l'accouchement, des symptômes manifestes d'infection, il y a lieu de redouter l'apparition d'une phlegmatia alba dolens. Si, vers le quinzième jour, la femme a de la fièvre, avec un léger frisson, une douleur vive dans la fosse iliaque ou au niveau du mollet, le diagnostic s'impose; il suffit de le confirmer par l'examen du membre atteint.

Il va de soi qu'on a commencé par éliminer les causes pouvant donner lieu à de l'hyperthermie, en particulier les lymphangites du sein. On ne peut guère confondre non plus, avec l'œdème de la phlegmatia, l'œdème d'origine cardiaque, ou d'origine rénale; ces œdèmes sont mous, non douloureux et siègent presque symétriquement sur les deux membres inférieurs.

Il est une erreur de diagnostic que l'on pourrait commettre assez facilement chez les femmes qui se lèvent seulement vers le vingtième ou vingt-cinquième jour. Il arrive assez souvent que, pendant les premiers jours qui suivent le lever, les femmes éprouvent des douleurs dans les membres inférieurs et présentent un œdème malléolaire assez accusé. Mais leur température reste normale, et l'examen du membre suffit à éclairer le diagnostic.

Signalons enfin le diagnostic de la phlegmatia avec des douleurs irradiées à la partie supérieure des cuisses qui accompagnent le retour de l'utérus dans la cavité pelvienne; le diagnostic avec la sciatique est facile, d'après le siège même de la douleur.

**Pronostic.** — Comme celui des autres infections puerpérales, le pronostic de la phlegmatia alba dolens est devenu beaucoup moins grave depuis l'ère antiseptique. On n'observe plus ces variétés de phlegmatia s'accompagnant de symptômes généraux et locaux, graves, donnant lieu à des rechutes mul-

tiples qui tenaient des femmes pendant trois ou quatre mois au lit, et en faisaient quelquefois des infirmes.

La mort par embolie, si redoutée jadis, est devenue plus rare; on n'observe plus guère ni l'une, ni l'autre des deux formes suivantes : l'une (forme synopale) tuant la femme en quelques secondes; l'autre amenant une asphyxie lente.

Le pronostic éloigné comporte la réapparition de la phlegmatia lors d'un nouvel accouchement. Il est bien certain que quelques femmes sont particulièrement prédisposées à cette complication, et que le membre inférieur qui a été une première fois atteint est un « locus minoris resistentiae ».

Toutefois il est commun d'observer des femmes qui, ayant eu une phlegmatia, n'en présentent plus lors d'accouchements ultérieurs. L'antisepsie mieux faite les préserve de cette complication.

**Anatomie pathologique.** — La lésion principale et constante dans la phlegmatia alba dolens est l'altération des parois veineuses au point où s'est déposé le streptocoque charrié par le sang et, de préférence, près d'un nid valvulaire. L'endothélium se tuméfie, devient granuleux, puis tombe, tandis que la membrane interne conserve encore son aspect normal. Le premier résultat de cette inflammation est la formation d'un caillot à son niveau.

Dans une deuxième phase de l'inflammation, cette membrane interne s'épaissit par formation de fibrilles conjonctives, séparant de grandes cellules allongées, et par l'apparition de capillaires nouveaux à parois mal limitées. Ainsi modifiée, la membrane interne se soude au caillot et les vaisseaux néoformés pénètrent ce dernier. Vers la périphérie l'inflammation gagne bientôt la tunique moyenne qui devient vasculaire, et la tunique externe qui prolifère à son tour (Widal). Dans certains cas, cette tunique externe prolifère dès le début de l'affection (Vaquez).

L'extrémité du caillot, effilée, battue par le sang, peut se détacher sous forme d'embolie. En son milieu, il peut se ramollir, devenir caséux, et finalement se transformer en un liquide purulent, tandis que sa portion périphérique subit une transformation fibreuse et se rétracte. Ainsi peut se rétablir la circulation au travers de la portion centrale du caillot devenue perméable. Dans d'autres cas, si cette sorte de fonte purulente ne se produit pas, la veine peut être convertie en un cordon fibreux effilé; enfin tous les éléments du caillot peuvent se désagréger par résorption.

Sur le caillot, comme sur la paroi veineuse, existent de véritables foyers de culture de streptocoques (Widal).

Lancereaux a observé une femme qui, un mois environ après un accouchement, était atteinte de phlegmatia alba dolens du côté gauche qui s'étendit peu à peu au côté droit. Après avoir eu des manifestations rénales et pulmonaires, cette femme présenta un refroidissement des deux membres inférieurs qui devinrent le siège de taches violacées : il y avait oblitération des artères fémorales. La femme ne tarda pas à succomber; à l'autopsie on trouva une phlébite des sinus utérins s'étendant aux veines utéro-ovariennes, aux veines fémorales et aux veines rénales oblitérées des deux côtés. La phlébite a gagné, par les veines hypogastriques, les veines iliaques internes

et les veines caves. De plus l'inflammation s'est propagée des veines aux artères voisines, soit par contact, soit par la voie des capillaires.

**Étiologie.** — Si la nature infectieuse de la phlegmatia ne fait à l'heure actuelle aucun doute pour personne, il reste encore à préciser nombre des conditions étiologiques qui en favorisent le développement. Il est certain que si le streptocoque est nécessaire pour produire la phlegmatia, il faut un terrain préparé pour sa culture; chez certaines femmes la phlegmatia survient presque sans symptômes fébriles préalables, tandis que d'autres femmes, présentant des formes variées de l'infection puerpérale, restent indemnes. Dans certaines familles, plusieurs femmes présentent, au contraire, cette complication qui survient malgré les précautions prises.

La fréquence de la phlegmatia a diminué dans des proportions considérables depuis quelques années, ce qui tient certainement aux perfectionnements de la méthode antiseptique.

**Traitement.** — Nous ne parlerons pas du traitement prophylactique, qui consiste dans les précautions antiseptiques à prendre avant, pendant et après l'accouchement. Il est cependant une précaution importante sur laquelle Pinard insiste avec raison, c'est de maintenir au lit plus longtemps que les autres femmes celles qui ont présenté des suites de couches pathologiques.

L'expérience n'a-t-elle pas montré depuis longtemps que la phlegmatia débute le jour même où la femme commence à se lever prématurément vers le seizième ou le dix-huitième jour? Il est possible que le séjour prolongé au lit enraye le développement de certaines phlegmatias imminentes.

Il est important, dit Vaquez<sup>1</sup>, « à la suite d'un accouchement qui aura été suivi d'une élévation thermique, si faible soit-elle, d'examiner soigneusement et à de fréquentes reprises l'état de la circulation veineuse des membres, surtout des membres inférieurs. Faire le diagnostic au moment de la période préoblitérante de la phlébite, c'est éviter souvent au malade des dangers et, tout au moins, l'ennui du long séjour au lit qu'entraînera l'oblitération définitive de la veine. L'interrogatoire du malade, la palpation des régions choisies d'ordinaire par la phlébite, la recherche de l'œdème unilatéral même, s'il n'atteint que le pied ou le mollet, permettront fréquemment de reconnaître une phlébite qui évolue encore sourdement. Dans ce cas alors l'immobilisation du membre légèrement élevé, l'emploi de faibles révulsifs, ou d'applications chaudes, pourront enrayer l'envahissement des veines par le processus phlébitique et prévenir leur oblitération. »

Lorsque cette complication existe, le traitement général consiste à donner des sels de quinine, des toniques (extrait de quinquina, etc.), et à soutenir le plus possible les forces de la malade. Si les douleurs des premiers jours sont vives, les injections hypodermiques de morphine sont indiquées.

Le **traitement local** consiste d'abord dans l'immobilisation du membre atteint; il doit être placé dans une attitude favorable à la diminution de l'œdème et au rétablissement de la circulation collatérale. La femme est couchée sur le dos, le membre inférieur allongé sur un coussin de balle d'avoine, de telle façon qu'il repose sur lui par toute sa face postérieure, et que le

<sup>1</sup> Clinique médicale de la Charité. Paris, G. Masson, 1894.

le pied se trouve plus élevé que le genou et que la hanche. Le talon doit dépasser l'extrémité du coussin, de manière à ne subir aucune pression qui amènerait facilement une eschare à ce niveau. La femme est mise dans une gouttière de Bonnet ou mieux sur un lit mécanique qui permet de la soulever, sans danger, pour glisser sous elle le bassin et pour procéder aux soins des organes génitaux.

Comme pansement, on peut se contenter d'appliquer sur tout le membre du laudanum et de le recouvrir avec de l'ouate. Pinard préconise depuis plusieurs années un pansement qui donne de bons résultats. Il consiste, le membre étant dans l'attitude que nous avons indiquée, à l'envelopper complètement de compresses imbibées de solution saturée de chlorhydrate d'ammoniaque et recouvertes de taffetas gommé. Sans déplacer le membre, on imbibe deux fois par vingt-quatre heures les compresses avec la solution indiquée. Au bout de cinq ou six jours, quelquefois plus, on voit apparaître sur le membre des vésicules arrondies plus ou moins grandes, remplies de sérosité purulente.

Lorsque cette éruption de vésicules est bien accusée, on cesse les pansements humides, on saupoudre le membre avec de l'amidon et on l'enveloppe d'une épaisse couche d'ouate. Si l'autre membre est à son tour atteint, on institue le même traitement.

Une question délicate dans la pratique est celle du lever des accouchées ayant eu une phlegmatia alba dolens. Deux écueils sont à éviter : l'un consiste dans le lever prématuré, avant que le ou les caillots soient résorbés; les mouvements de la marche pourront favoriser une nouvelle poussée de phlébite ou causer un accident beaucoup plus grave, la migration d'une partie du caillot, qui peut être mortelle. C'est généralement vers le *quarantième jour* après la cessation des accidents fébriles qui ont débuté en même temps que la phlegmatia, qu'on peut permettre à la femme de se lever avec quelques précautions.

L'autre écueil consiste, par crainte de la terrible embolie, à maintenir la femme au lit pendant des semaines et des mois. C'est surtout dans ces conditions que surviennent des raideurs articulaires et des troubles trophiques plus ou moins accusés. Pinard et Lepage ont observé, en 1892, deux femmes dont l'une était alitée depuis plus de six mois après la cessation d'une phlegmatia double, dont l'autre était couchée sur un lit mécanique trois mois après une triple phlegmatia qui avait atteint les deux membres inférieurs et le membre supérieur droit. Ces femmes ont été rapidement guéries par la mobilisation des articulations, par le massage des membres, par l'emploi de l'électricité et des bains.

Rappelons enfin que certaines formes de phlegmatia s'accompagnent de suppurations périphlébitiques qu'il faut ouvrir comme les abcès ordinaires.

Une précaution utile consiste à faire porter, pendant un certain temps, un bas élastique remontant jusqu'à la racine de la cuisse, chez les femmes qui ont eu une phlegmatia. C'est la meilleure manière d'empêcher les œdèmes consécutifs qui, assez souvent, s'accompagnent de douleurs intermittentes.

Si le bas à varices est mal supporté, on applique méthodiquement sur le

membre, sans serrer, une bande de flanelle, en allant de l'extrémité des orteils à la racine de la cuisse.

Lorsque certains troubles persistent après la phlegmatia, on a recours avec avantages à une cure thermale à Plombières, à Bagnoles de l'Orne ou à Dax dans les cas où les lésions persistent surtout du côté de la peau ou des muscles.

#### COMPLICATIONS DU CÔTÉ DES SEINS

C'est également pendant les suites de couches qu'on observe du côté des seins différentes complications qui peuvent gêner ou empêcher l'allaitement. Nous avons insisté (page 595) sur les heureux effets du pansement antiseptique des mamelons, qui constitue le véritable traitement prophylactique des abcès du sein.

Bien que cette question des lésions du sein pendant l'allaitement soit habituellement traitée en détail dans les traités de pathologie externe, elle intéresse trop directement l'accoucheur pour que nous n'en donnions pas ici le résumé, surtout au point de vue pathogénique, renvoyant, pour tout ce qui concerne la symptomatologie, le diagnostic et le traitement, au chapitre fort complet de Delbet dans le *Traité de chirurgie*.

Les lésions du sein les plus fréquentes sont celles qu'on observe au niveau du mamelon et de l'aréole et que l'on désigne sous les noms d'*érosions*, de *fissures*, de *gerçures*, de *crevasses*. Elles s'observent surtout chez les primipares ou mieux chez les femmes allaitant pour la première fois. Sans rappeler les causes prédisposantes (peau fine, mamelon mal conformé, etc.), la véritable cause consiste dans la macération de l'épiderme due à la succion répétée. Il se produit d'abord une exfoliation de l'épiderme ramolli, puis l'érosion et l'excoriation du derme.

Les fissures ou crevasses siègent sur l'aréole ou sur le mamelon; celles de l'aréole sont irrégulières et de dimensions variables. — Sur le mamelon, elles siègent de préférence au sommet ou à la base: les premières sont les plus fréquentes; elles sont situées entre les papilles et ont une direction radiée; celles de la base ont une forme demi-circulaire ou même entourent complètement la base du mamelon. Elles peuvent être assez profondes pour mettre à nu l'ouverture de plusieurs canaux galactophores. — Un accident assez commun des crevasses étendues ou profondes est l'écoulement d'une certaine quantité de sang au moment de la succion. L'enfant avale ce sang dont une partie peut être rejetée par vomissement; presque tout est évacué dans les selles sous forme de melæna (*voy.* p. 1286).

Ces diverses lésions du sein sont très douloureuses: chaque succion nouvelle réveille les douleurs. Les diverses lotions astringentes, que certains accoucheurs conseillent de pratiquer vers la fin de la grossesse, n'empêchent point, dès les premières tétés, l'épiderme de s'exfolier. Aussi faut-il se contenter d'un pansement antiseptique dans l'intervalle des tétés (*voy.* p. 596).

Ces gerçures du mamelon et de l'aréole peuvent être le point de départ de lymphangites qui restent le plus habituellement superficielles; mais consécu-

tivement à cette lymphangite, on peut observer des phlegmons qui sont superficiels et produisent surtout des paramastites. Ces inflammations superficielles envahissent parfois les parties profondes. De plus les lymphatiques peuvent être atteints en même temps que les conduits galactophores.

Quant à la *mastite puerpérale vraie*, elle serait surtout due à l'inflammation des canaux galactophores (Lannelongue, Bouchacourt, Tripier, Duplay, etc.). C'est l'opinion qui avait été soutenue autrefois par Chassaignac, qui avait fait remarquer que dès le début de l'affection, en pressant sur la glande, on fait sourdre par le mamelon, c'est-à-dire par les conduits galactophores, du pus en même temps que du lait. Cet argument a été repris récemment par Budin, qui a proposé le nom de *galactophoro-mastite* pour indiquer à la fois la nature et la cause de cette complication. Delbet reproche à cette dénomination de laisser croire que « les lésions ont leur siège exclusif ou principal au niveau des conduits galactophores, tandis que c'est dans les parties profondes de la glande, dans les acini qu'elles atteignent leur maximum ».

Quoi qu'il en soit, la mastite puerpérale est dans la majorité des cas une inflammation canaliculaire. « Les micro-organismes, apportés soit par la bouche ou les yeux de l'enfant, soit par les mains de la mère, sont déposés sur le mamelon. S'ils y trouvent des crevasses, ils ont plus de chance de vivre et de se multiplier. De là ils pénètrent dans les canaux galactophores, et, plus ou moins favorisés par la stase laiteuse, ils remontent jusque dans les acini, où ils provoquent le maximum des lésions » (Delbet).

L'engorgement laiteux ne suffit point, en effet, pour produire l'inflammation de la glande. Il faut qu'il y ait pénétration de micro-organismes, ainsi que l'ont montré les recherches bactériologiques de Bumm, d'Escherich, de Piaute, de Cohn, d'Emma Meritt, qui ont trouvé des micro-organismes variés, tels que des streptocoques, des staphylocoques blancs et dorés; Bumm a constaté l'existence d'un microcoque semblable au gonocoque.

Il n'y a pas d'agent microbien spécial pour la mastite: presque tous les microbes pyogènes peuvent la produire. Chez les animaux il n'en est pas de même: Nocard a trouvé, dans la mammite contagieuse des vaches laitières et dans celle des brebis laitières, des micro-organismes particuliers dont il a démontré expérimentalement la virulence.

Il est un dernier point de la pathogénie des mastites puerpérales, c'est le transport, la localisation des micro-organismes pathogènes par le sang: il semble légitime d'admettre que dans certains cas exceptionnels, chez une femme ayant eu des phénomènes d'infection, les microbes pyogènes peuvent produire au niveau du sein une inflammation parenchymateuse, une véritable localisation. C'est probablement lorsque la mastite se développe ainsi par infection sanguine préalable qu'on observe des lésions étendues de la glande, une mastite presque totale.

Ces notions pathogéniques font ressortir à nouveau l'importance du traitement prophylactique: dans la presque totalité des cas, l'infection se fait au niveau du mamelon. En évitant l'apport des microbes pyogènes, on empêche presque à coup sûr des accidents inflammatoires de se produire.

S'il existe seulement de la lymphangite superficielle, on fait suspendre temporairement l'allaitement : on nettoie avec soin le mamelon et on fait un pansement antiseptique compressif. — Au bout de trois ou quatre jours, si les phénomènes lymphangitiques ont disparu, on reprend l'allaitement.

Lorsqu'on constate une inflammation glandulaire, on peut essayer de faire évacuer le pus par des pressions exercées sur la glande, ainsi que Chassaignac l'a jadis conseillé. Budin a obtenu par cette méthode plusieurs succès ; il exprime le contenu de la glande, pûs et lait, par des pressions exercées de la racine de l'organe vers le mamelon dans la direction des conduits galactophores.

Lorsqu'il y a collection purulente manifeste, il faut évacuer le pus ; Pinard préfère à l'incision au bistouri la ponction avec un trocart, qui lèse moins les conduits galactophores et compromet moins pour l'avenir les fonctions glandulaires.

Macmakude Sheild<sup>1</sup> a donné (Soc. de méd. de Londres, 27 avril 1896) quelques conseils utiles sur le traitement opératoire des abcès du sein ; dès que la fluctuation est manifeste, il pratique près du mamelon une incision strictement suffisante pour y introduire l'index, qui est insinué de plus en plus profondément jusqu'à ce que qu'il se produise un écoulement abondant de pus. On pénètre ainsi avec le doigt dans la partie la plus déclive de l'abcès, située généralement près de la peau, au point de réunion de la glande avec la paroi thoracique. A ce niveau, le sein étant soulevé par un aide, on fait une autre incision assez étendue pour que le pus puisse s'écouler librement. L'index est introduit à nouveau par cette seconde incision : il constate souvent des brides multiples qui divisent le foyer purulent en plusieurs clapiers.

On suture l'incision supérieure au crin de Florence et on la recouvre d'une couche de collodion ; puis on place un gros drain dans la solution de continuité inférieure. L'incision supérieure guérit rapidement en ne laissant après elle qu'une cicatrice à peine visible ; la cicatrice inférieure est dissimulée en totalité ou en partie dans le sillon thoraco-mammaire.

Cette manière d'opérer a surtout pour avantage d'éviter les fistulettes assez fréquentes à la suite des abcès du sein ; mais il n'est généralement pas utile d'introduire un doigt dans la plaie pour l'explorer : une sonde cannelée remplit le même office avec avantage.

En résumé, grâce à une antisepsie sévère, la femme qui allaite est à peu près complètement à l'abri de complications microbiennes du côté des seins. L'accoucheur doit, avec un soin très minutieux, écarter toute cause d'infection au niveau du mamelon.

Il ne suffit pas, en effet, qu'il ait surveillé la grossesse, qu'il ait assisté la femme pendant les douleurs du travail. Il doit encore continuer à veiller aux intérêts du nouveau-né et faire tous ses efforts pour que la femme commence ou continue à être réellement mère, c'est-à-dire à allaiter son enfant.

Le plaidoyer de l'accoucheur en faveur de l'allaitement au sein par la mère pourra être d'autant plus éloquent qu'on peut, à l'heure actuelle, presque affirmer qu'avec les précautions voulues la femme qui allaite n'aura pas d'abcès du sein.

<sup>1</sup> *Semaine médicale*, mai 1896.

## DOUZIÈME PARTIE

### NOTIONS DE TÉRATOLOGIE

La *tératologie* comprend l'étude des monstres. C'est une science de date relativement récente et dont l'évolution a suivi les progrès de l'embryologie. Les monstruosité « ont été considérées pendant longtemps, dit Dareste<sup>1</sup>, comme des faits complètement étrangers à l'ordre naturel et par conséquent à la science. — Il y a peu de sujets qui aient autant excité l'imagination des hommes. Comment se produisent ces êtres toujours étranges et souvent hideux ? Ce serait assurément un récit intéressant que celui de toutes les explications que l'on inventa pour en rendre compte, d'autant plus qu'elles n'ont pas entièrement disparu et qu'on les retrouve encore dans les superstitions populaires. »

Nous verrons d'abord comment s'est constituée peu à peu cette science qui, ne comprenant à ses débuts que la description macroscopique des monstres, a pu arriver à être très précise, par suite des connaissances basées sur l'évolution normale de l'œuf et sur l'expérimentation. Nous décrirons ensuite sommairement les principales monstruosité et nous verrons comment les recherches nouvelles de tératologie expérimentale ont pu apporter un éclaircissement sur la production des malformations. Nous ne pouvons mieux faire, pour résumer en quelques pages les points principaux de la tératologie, que de suivre pour ainsi dire pas à pas M. Mathias Duval dans son article si complet intitulé : *Pathologie générale de l'embryon, tératogénie*. (in *Traité de pathologie générale*, de Ch. Bouchard) :

**Historique.** — La naissance d'un monstre était autrefois considérée comme un fait hors nature, comme une manifestation de colère et de menace de la Divinité. D'anciens attribuèrent l'origine des monstres à l'accouplement entre espèces différentes, si bien qu'encore au xvii<sup>e</sup> siècle des femmes, qui avaient mis au jour des enfants monstrueux, furent brûlées pour le crime supposé de bestialité.

Il est même singulier, qu'à l'heure actuelle, quelques auteurs veillent encore trouver des ressemblances entre différentes difformité fœtales et certains objets qui auraient frappé la vue de la mère au cours de la gestation. Il est cependant facile d'apprécier combien est faible l'influence tératogénique des causes extérieures. Ainsi, d'une manière certaine, on peut affirmer qu'une impression déterminée ne peut produire une monstruosité correspondante, c'est-à-dire qu'il ne saurait y avoir un rapport de forme

<sup>1</sup> *Recherches sur la production artificielle des monstruosité ou essai de tératogénie expérimentale*. Paris, C. Reinwald, éd., 1891, p. 2.