

## CHAPITRE VI

### DE L'ANTISEPSIE DANS L'AVORTEMENT

SOMMAIRE. — Les précautions à prendre pour l'avortement sont aussi importantes et nécessaires que pour l'accouchement.

Antisepsie de l'avortement sans complications.

Traitement antiseptique des complications de l'avortement : hémorragies, rétention du placenta, septicémie.

Curage et écouvillonnage de l'utérus.

Expectation antiseptique.

L'avortement mérite toute l'attention de l'accoucheur au point de vue des précautions à prendre ; quelle que soit la cause qui le produise (maladie fébrile, fièvre éruptive, intoxications, maladies de l'utérus et de ses annexes, etc.), il y a souvent chez la femme qui avorte, une tare qui facilitera la production des accidents septicémiques ou qui en augmentera la gravité.

L'avortement *criminel*, pratiqué le plus habituellement par des personnes dont l'ignorance égale l'immoralité, présente à ce point de vue une forte proportion de mortalité ou de morbidité. Aussi, lorsqu'on se trouve en présence d'une femme qui avorte, sans qu'on puisse facilement déterminer la cause de l'incident, est-il nécessaire de se méfier et de redoubler les précautions antiseptiques.

C'est à tort que quelques femmes considèrent l'avortement comme un accident sans importance ; quelques-unes n'y font guère plus attention qu'à un simple retard des règles ;

et, il faut bien le dire, certains médecins partagent à cet égard la quiétude de leurs clientes. Or, il n'est guère d'année où nous n'apprenions la mort de quelque jeune femme, récemment mariée, qui a fait une fausse couche quelques mois après son mariage : des accidents fébriles surviennent ; le médecin hésite à intervenir soit par le râclage utérin, soit par les injections antiseptiques, et des accidents éclatent qui enlèvent la femme en 24 ou 48 heures.

Or les précautions à prendre ne diffèrent guère de celles qui doivent être observées lors de l'accouchement à terme ; même nécessité pour l'accoucheur de se désinfecter soigneusement les mains avant de pratiquer le toucher ; même utilité des lavages vaginaux pendant le travail et pendant les jours qui suivent l'avortement.

Lorsqu'on les membranes sont rompues, et que l'avortement est inévitable, on se borne à attendre : « mais, grâce aux toilettes et aux injections vaginales, on maintient la femme dans un état absolument aseptique : les solutions de sublimé à 1 pour 3000, d'acide phénique à 2/100, d'acide borique à 4 0/0, etc., pourront être employées (Tarnier et Budin). »

S'il ne survient aucun accident, on fait des injections vaginales ou même seulement des toilettes vulvaires ; on a soin de protéger la vulve contre l'introduction des germes du dehors, en la recouvrant d'un pansement antiseptique (compresse imbibée d'une solution phéniquée, ou mieux ouate phéniquée, gaze iodoformée, étoupe au sublimé). Aussitôt après l'expulsion du fœtus, il faut sectionner le cordon au ras de la vulve, afin que si la délivrance tarde à se faire, il ne soit pas exposé au contact de l'air.

Il n'y a aucune discussion parmi les accoucheurs pour reconnaître la conduite à tenir dans l'avortement normal, lorsque l'embryon et le placenta sont expulsés, lorsqu'il n'y a pas de lochies fétides. La difficulté commence lorsque surviennent les complications, dont les plus fréquentes sont les

hémorrhagies, la rétention du placenta, les lochies fétides : ici la conduite diffère suivant les auteurs ; l'accord est loin de se faire entre eux. Il faut en effet attendre plusieurs années pour pouvoir comparer les statistiques des abstentionnistes et des interventionnistes ; car les méthodes antiseptiques nouvelles ont singulièrement amélioré les résultats qu'on obtenait de l'expectation.

Pendant l'avortement, se produisent souvent des hémorrhagies considérables qui peuvent même mettre en danger la vie de la femme ; lorsque ces hémorrhagies présentaient une continuité et une abondance exceptionnelles, on n'hésitait pas il y a quelques années, soit à administrer l'ergot de seigle, soit à pratiquer le tamponnement vaginal.

L'ergot de seigle calme sans doute momentanément l'hémorrhagie, mais il a l'inconvénient de faciliter la rétention du placenta et d'emprisonner les caillots qui s'accumuleront dans la cavité utérine. Il faut donc le rejeter complètement de la thérapeutique de l'avortement, au nom de l'antisepsie.

Il en est de même du *tamponnement* ; il est bien entendu qu'on ne doit plus se servir, pour le pratiquer, de la vieille charpie plus ou moins imprégnée de matières septiques ; il sera composé de bourdonnets d'ouate antiseptique (boriquée par exemple), qui seront trempés dans une solution de même nature. On aura eu soin, avant de pratiquer le tamponnement, de débarrasser le vagin des caillots qui l'obstruent ; sans doute le *tamponnement*, perfectionné d'après les méthodes nouvelles, ne fait pas courir aux femmes les mêmes dangers que l'ancien tamponnement ; mais, pour être bien fait, il entraîne des lésions multiples des organes génitaux externes et internes (déchirures, excoriation des muqueuses vulvaire et vaginale) : autant de portes d'entrée pour les agents septiques. — Le tamponnement ne saurait être une *méthode de choix*, ce n'est même pas une *méthode de nécessité*, aussi son usage doit-il être complètement abandonné.

Si le tamponnement est mauvais *avant* l'expulsion du fœtus, il ne l'est pas moins *après* ; lorsqu'après l'expulsion du fœtus une hémorrhagie est assez inquiétante pour légitimer le tamponnement, il est plus *rationnel* et plus *simple* d'évacuer le contenu de l'utérus avec le doigt ou avec des instruments.

Il est rare que les hémorrhagies de l'avortement ne s'arrêtent pas sous l'action des injections chaudes de 45° à 50°.

Elles ont généralement un effet certain, provoquant pour ainsi dire un second travail en réveillant la contractilité utérine et en amenant le décollement du placenta. D'ailleurs il faut bien savoir que les hémorrhagies qui précèdent l'expulsion du fœtus ne sont jamais graves ; même lorsqu'elles s'accompagnent de tendances syncopales ; il n'y a de graves que les hémorrhagies à répétition qui surviennent lorsque le placenta, retenu dans l'utérus, est à demi-décollé.

La complication la plus grave qui se produit en effet volontiers dans l'avortement est la *rétention du placenta*, partielle ou totale ; certains accoucheurs, redoutant que cette rétention n'amène des hémorrhagies, voire même de la septicémie, conseillent de débarrasser l'utérus, soit à l'aide des doigts, soit à l'aide d'instruments (pinces mousses, pinces à faux germe, curette). M. Doléris s'est fait récemment, en France, l'éloquent défenseur de ces méthodes *radicales* qui consistent à extraire le placenta de l'utérus, dès qu'il y est définitivement retenu. M. Doléris n'attend pas que l'odeur vienne lui révéler le danger : en intervenant le plus tôt possible, il cherche à prévenir les hémorrhagies à répétition et à empêcher la putréfaction.

Voici le manuel opératoire qu'il emploie, que l'œuf soit sain ou putréfié.

La femme est placée dans la position obstétricale sur le bord de son lit, l'utérus est abaissé à la vulve à l'aide d'une pince, tandis qu'un aide déprime le périnée avec une valve de Sims ou de Simon ; si le col n'est pas suffisamment ou-

vert et souple, on le dilate soit avec le doigt, soit avec les dilateurs métalliques, soit avec l'éponge préparée, la laminaire, etc.

La conduite diffère un peu, suivant que le placenta est entier ou morcelé, normal ou putréfié, adhérent ou libre, etc. Le mieux est de s'en assurer avec une curette large et mousse, avant de rien tenter. On racle la paroi utérine, en soulevant le placenta, en le fragmentant au besoin et en le détachant autant qu'on le peut. Toutefois, M. Doléris n'use guère de la curette que pour fragmenter un délivre consistant ou volumineux, ou pour commencer le décollement sur un point : il préfère, surtout lorsqu'il ne s'agit que de débris retenus et de placentas très-jeunes, ayant déjà plusieurs jours de séjour, ou ramollis par la putréfaction, il préfère se servir d'un instrument spécial, l'écouvillon ; c'est une tige métallique, souple, terminée par un bout garni, sur une longueur de 8 à 12 centimètres, de crins solides qui forment une sorte de cylindre hérissé de mille pointes ou dents capables d'entamer un tissu peu résistant ou de racler très-complètement la paroi utérine. On ne saurait mieux comparer cet instrument qu'à ceux qui servent à débourrer les pipes, ou à ceux dont les sommeliers usent aussi pour nettoyer les bouteilles encrassées.

Ces écouvillons sont de volume, de force et de longueurs variés ; la souplesse ou la résistance des crins varie également. On les fait pénétrer par un mouvement de vrille dans l'utérus, et par un mouvement identique en sens divers, on détache les débris placentaires ; si une partie volumineuse du placenta se présente au col, on l'extrait avec des pinces ; on peut parfois ainsi extraire d'un seul coup le délivre détaché en entier.

L'écouvillon suffit généralement à débarrasser l'utérus, sans qu'on ait recours ni aux pinces ni à la curette ; d'autre part, par son contact avec le col et l'orifice interne, il déter-

mine la contraction utérine et assure ainsi l'hémostase. Un autre avantage de l'écouvillon serait de pouvoir être chargé d'un topique antiseptique, qu'il transporterait dans l'utérus en assurant ainsi, au fur et à mesure du grattage, la parfaite protection des parties utérines, au point de vue de l'antiseptie. M. Doléris emploie de préférence la glycérine mélangée à la créosote pure de bois de hêtre, dans la proportion de 1 à 10. Ce mélange donne une substance demi-liquide, qui imprègne abondamment l'écouvillon, grâce au feutrage serré des crins qui le constituent.

Quel que soit le procédé employé, (curette, pinces, doigt, etc.) pour vider l'utérus, l'écouvillonnage antiseptique doit toujours et dans tous les cas terminer l'opération : il assure le raclage complet de la surface utérine et la laisse imprégnée de glycérine créosotée. Pour que ce dernier temps soit efficace, il importe de le faire précéder d'une irrigation antiseptique intra-utérine, avec un liquide chauffé à 50° (solution phéniquée à 1/100 ou de sublimé à 1/1000.)

Outre son action antiseptique, cette irrigation a surtout pour but de décider l'occlusion des orifices vasculaires, de favoriser la contraction utérine, et enfin d'entraîner les plus petits restes de sang ou de débris. L'irrigation terminée, M. Doléris introduit une dernière fois l'écouvillon imprégné de glycérine créosotée ; il choisit alors un instrument moins long et souple, de façon à ne point trop gratter la surface utérine, à ne point rouvrir les vaisseaux, et aussi afin de laisser dans la cavité de la matrice le plus de topique possible. Une irrigation vaginale termine l'opération qui peut être pratiquée sans anesthésie chloroformique, et qui ne s'accompagne généralement pas d'hémorrhagie.

Cette méthode radicale, qui donne d'ailleurs, de très bons résultats n'a pas été sans soulever des critiques assez vives ; le professeur Pajot la considère comme dangereuse, pouvant avoir des conséquences fâcheuses ; pour lui, 95 fois sur 100,

l'œuf sort seul : il n'en est pas ainsi quand on tourmente l'utérus, quand on veut quand même extraire un placenta incomplètement engagé dans le col. Aussi, tant qu'il n'y a pas d'odeur, pas d'intervention ; il faut attendre et se borner à faire des injections antiseptiques, surtout lorsque le placenta est adhérent et que la putréfaction n'est pas à redouter ; Pajot accepte au contraire la conduite de M. Doléris, lorsque le placenta est décollé et que la putréfaction commence.

M. Doléris n'admet guère ces distinctions, difficiles en clinique ; il concède que jusqu'à un certain point, à l'hôpital, dans un service d'accouchements, on puisse attendre ; la malade est surveillée et on peut agir à la première alerte de frisson, de fièvre, de putridité des lochies. « Mais, dit-il, en ville, à la campagne, tout avortement qui se passe en dehors des règles de l'antisepsie rigoureuse et qui reste incomplet par rétention placentaire, peut être suivi de résultats désastreux, quand on se borne aux lavages vaginaux ou utérins. Souvent ces lavages sont faits en dépit du bon sens. Les vieux praticiens, et beaucoup parmi les jeunes, ne sont pas outillés ; c'est en tout cas pour eux, une véritable opération que d'introduire une sonde dans la matrice. » Ne sera-t-il pas encore plus difficile de pratiquer antiseptiquement l'écouvillonnage ? Cependant il est certain que lorsque la femme ne peut être surveillée, il vaut mieux débarrasser l'utérus : on n'a plus alors à redouter les hémorragies et l'infection est moins à craindre.

*Actuellement*, on ne saurait avoir recours systématiquement à ce mode d'intervention, dont l'importance ne serait généralement pas en rapport avec les dangers que court la femme. On est d'autant moins autorisé à proposer l'écouvillonnage qu'à mesure que l'antisepsie devient plus rigoureuse, les dangers de la non-intervention sont beaucoup moindres et que l'expectation donne de bons résultats.

M. Budin a récemment publié à l'Académie de médecine,

les résultats du traitement suivi à la Maternité et à la Charité et qui consiste dans l'expectation (injections vaginales, intra-utérines en cas de fétidité des lochies, régime tonique, sulfate de quinine, etc.) ; sur 210 avortements s'accompagnant 46 fois de rétention du placenta, il n'y a eu qu'un seul décès dont la cause ne paraît guère imputable à l'avortement.

Ces résultats sont excellents ; généralement, lorsque les lochies deviennent fétides, les injections intra-utérines antiseptiques sont suffisantes ; cependant, si, malgré ces injections, des phénomènes septicémiques surviennent, l'irrigation continue intra-utérine rend les meilleurs services : elle agit à la fois en luttant contre les phénomènes d'infection et en amenant l'expulsion des produits putréfiés ; mais elle n'est pas toujours suffisante et il ne faut pas alors hésiter à vider l'utérus.

Pour que l'irrigation continue donne de bons résultats, il faut beaucoup de soin et de surveillance ; aussi, en présence d'une femme ayant avorté et présentant des phénomènes de septicémie, le râclage de la cavité utérine, l'écouvillonnage sont très utiles à la condition qu'ils soient faits suivant les règles les plus strictes de l'antisepsie ; mais ces méthodes ne paraissent pas suffisamment justifiées dans les cas simples où la rétention placentaire n'entraîne pas d'accidents graves. Si l'antisepsie vaginale, si l'antisepsie utérine sont bien faites, elles suffisent sans qu'on soit obligé d'avoir recours aux interventions manuelles et instrumentales, qui ne sont pas toujours inoffensives.

« Il faut savoir attendre patiemment, disent MM. Tarnier et Budin ; avec l'expectation et l'antisepsie rigoureusement faite, sans aucune tentative d'extraction manuelle ou instrumentale, les cas de mort seront extrêmement rares ; nous ne craignons pas de l'affirmer avec force, tant est grande notre expérience personnelle sur ce sujet, expérience de l'hôpital et de la pratique civile ». Sans compter

que cette méthode *française*, expectation et antiseptie, peut être facilement mise en pratique par tous les médecins et par les sages-femmes, tandis que l'écouvillonnage sera loin d'être facilement accepté par la famille et par la femme

L'accoucheur peut être appelé auprès d'une femme ayant fait une fausse couche et atteinte d'accidents septicémiques graves; le traitement, dans ces cas, est à peu près le même que pour la septicémie puerpérale qui survient après l'accouchement (injections intra-utérines, vaginales, continues, anti-septiques, etc.). La femme aura d'autant moins de chances de guérison que l'intervention aura lieu à une date plus éloignée du début des accidents.

Si la délivrance n'est pas complète, il faut avoir recours, suivant les circonstances et suivant la gravité des symptômes, aux injections intra-utérines, au râclage, à l'écouvillonnage ou à l'irrigation continue; si la délivrance est certainement complète, cette dernière méthode est surtout indiquée. En même temps on administre l'alcool, le sulfate de quinine à hautes doses; sur l'abdomen, on applique des sangsues et de la pommade mercurielle.

Quelques auteurs ont cependant préconisé une intervention plus active: c'est ainsi que Schultze fut appelé auprès d'une femme qui, à six mois de grossesse, fit une fausse couche; après l'expulsion du fœtus, il y eut de la rétention du placenta. Par suite de l'étroitesse du col, il fut impossible d'arriver jusqu'au délivre. Les jours suivants apparaissent des signes évidents de septicémie qui s'accompagnent d'élévation thermique jusqu'à 40° et au-dessus. — Schultze pratique la laparotomie et fait l'amputation supra-vaginale de l'utérus: les accidents septiques s'arrêtent et la guérison est complète.

Schultze pense qu'on pourrait ainsi, lorsque les indications sont bien établies, sauver par l'opération telle ou telle accouchée qui succomberait fatalement à la fièvre puerpérale.

Il faudrait une statistique bien favorable pour légitimer une pareille conduite qui paraît, d'ailleurs, dans l'espèce, plus heureuse que rationnelle: ou le poison puerpéral a envahi complètement l'organisme et alors le traumatisme opératoire ne fait qu'aggraver la situation de la femme; ou bien l'infection est au début, c'est au niveau de l'utérus que se fabrique le liquide septique qui va empoisonner la femme: sans doute, il serait rationnel alors d'enlever ce foyer d'infection; mais le râclage utérin, l'écouvillonnage, l'irrigation continue ne suffisent-ils pas à débarrasser l'utérus de ces produits toxiques? Ne sont-ce pas là des moyens plus efficaces et moins dangereux?

*En résumé*, le traitement antiseptique de l'avortement et de ses complications ne peut être formulé d'une façon absolue: il faut attendre, pour juger, les résultats donnés par des méthodes où l'antiseptie tient la plus large part.

Toutefois, en présence des deux méthodes diamétralement opposées qui sont préconisées en France: antiseptie et expectation systématique d'une part, intervention systématique d'autre part, il nous semble que la méthode mixte que nous avons vu employer par M. Pinard à Lariboisière est préférable.

Au moment de l'avortement, asepsie et antiseptie aussi complète que possible; contre les hémorrhagies qui précèdent l'expulsion du fœtus, ne pas pratiquer de tamponnement, ne pas donner d'ergot de seigle. — Les injections chaudes bien faites suffisent à arrêter l'hémorrhagie.

Si le placenta est expulsé en même temps que le fœtus, antiseptie habituelle des suites de couches.

Si le placenta est retenu et qu'il n'y ait aucun accident, expectation antiseptique; s'il se produit des hémorrhagies à répétition, importantes, produisant une anémie grave, essayer d'abord les irrigations intra-utérines chaudes; si elles échouent ou si elles sont difficiles à pratiquer, évacuer le

contenu de l'utérus avec le ou les doigts, qui sont ici préférables à tout instrument; on a recours au besoin au chloroforme si le col est fermé.

Lorsque surviennent des accidents de septicémie, essayer d'abord les injections intra-utérines, l'irrigation continue; si ces moyens ne peuvent être employés, si la malade ne peut pas être surveillée, nettoyer l'utérus avec le ou les doigts; il importe ici, comme après l'accouchement de ne pas attendre que la femme aie présenté des signes trop manifestes d'infection pour intervenir: *l'intervention doit être précoce.*

## CHAPITRE VII

### DE L'ANTISEPSIE PENDANT LA GROSSESSE

SOMMAIRE. — Nécessité de l'examen des femmes enceintes. — Choix du local. — Bains. — Injections vaginales pendant la grossesse. — Traitement antiseptique des écoulements vaginaux et des végétations pendant la grossesse. — Propreté des seins. — Du cathétérisme pendant la grossesse. — Précautions antiseptiques générales.

Pendant la grossesse, toute femme enceinte doit être examinée, pendant les derniers mois de la grossesse, et à diverses reprises, s'il y a lieu, par la personne chargée de l'accouchement: à cette condition, on évitera les présentations vicieuses, l'albuminurie grave, etc., en un mot, nombre de causes qui pourraient rendre l'accouchement laborieux, nécessiter une intervention, mettre la femme dans des conditions défavorables au point de vue antiseptique. Si un examen préalable ne peut garantir la femme contre certaines complications telles qu'affection cardiaque, syphilis, grossesse gémellaire; l'accoucheur prévenu pourra du moins redoubler de précautions au moment de l'accouchement, afin de mettre la femme dans des conditions aussi bonnes que possible pour éviter l'infection.

De plus, telle femme atteinte de rétrécissement du bassin accouchera sans complication, si, après diagnostic, on la fait accoucher avant terme; autrement on peut être exposé à pratiquer une ou plusieurs applications de forceps, pénibles, et