

n'avions pas manqué de pratiquer l'injection intra-utérine.

Sans doute il est toujours difficile de tirer une conclusion générale de deux faits isolés; cependant presque tous les accoucheurs adoptent aujourd'hui cette pratique de l'injection intra-utérine après la délivrance artificielle.

Cette injection doit être faite avec un liquide antiseptique dont le degré de solution ne soit pas trop concentré; c'est surtout dans ces cas qu'on observe assez volontiers des phénomènes d'absorption médicamenteuse et d'intoxication. MM. Bar et Maygrier emploient volontiers l'eau bouillie pour pratiquer ces injections intra-utérines.

Une bonne pratique recommandée par M. Pinard, consiste, lorsque la canule est introduite dans l'utérus, à lui imprimer des mouvements de diduction, qui débarrassent l'utérus du sang ou des caillots qui s'y trouvent contenus.

Lorsque la femme a été mise en travers du lit, on la laisse dans cette position; si l'on est dépourvu de bassin commode, on garnit seulement le lit pour protéger le matelas et l'eau coule dans un récipient (bain de pieds, seau) qu'on place sous le lit.

Dans les cas où la délivrance a été faite artificiellement, et où le placenta présente une odeur putride, il est utile de faire pendant une demi-heure, une heure, une irrigation intra-utérine chaude et antiseptique.

La véritable antisepsie de la délivrance, ne consiste donc pas seulement dans l'asepsie des mains, du conduit génital; mais surtout dans les précautions prises par l'accoucheur pour que l'expulsion de l'arrière-faix soit complète et qu'il ne reste dans l'utérus ni débris de membranes, ni surtout de fragments de cotylédon placentaire.

CHAPITRE X.

TRAITEMENT DE CERTAINES COMPLICATIONS QUI SURVIENNENT PENDANT L'ACCOUCHEMENT.

SOMMAIRE. — L'antisepsie des plaies du canal vulvo-vagino-utérin doit être rigoureuse.

Des hémorragies liées aux ruptures vasculaires.

Déchirures vulvaires. Thrombus de la vulve.

Traitement antiseptique des déchirures du périnée. — De l'emploi des serre-fines. — Suture immédiate. — Traitement des lésions du vagin.

Traitement antiseptique des déchirures et des ruptures de l'utérus, de l'inversion utérine.

Les plaies des éclampsiques.

Si l'antisepsie est nécessaire dans l'accouchement normal, qui ne s'accompagne que de lésions insignifiantes du canal utéro-vagino-vulvaire, elle est encore plus indispensable lorsque l'expulsion du fœtus amène des désordres plus ou moins graves du côté des organes génitaux: il existe alors des portes d'entrée plus nombreuses ou plus ouvertes qui augmentent singulièrement les risques que court la femme.

Le danger est ici complexe: d'une part, la septicémie a plus de chance de se développer, puisque les agents septiques peuvent pénétrer par un plus grand nombre de points; d'autre part, l'emploi des antiseptiques, qui est ici indispensable, doit être prudent à cause de l'intoxication qui se produira plus facilement.

L'accoucheur peut être obligé d'intervenir pour deux rai-

sons différentes : — *a*) parce qu'il y a hémorrhagie ; — *b*) parce qu'il y a une solution de continuité à réparer ou à panser. Il importe que, dans les deux cas, l'accoucheur observe les règles de l'antisepsie, sous peine de compromettre gravement la sécurité de l'accouchée. Telle lésion importante n'aura aucune suite fâcheuse, si l'antisepsie est faite consciencieusement, tandis qu'une plaie insignifiante en apparence peut être le point de départ d'accidents formidables.

Pour les hémorrhagies liées à la délivrance, s'il n'y a pas d'indication formelle d'aller à la recherche du placenta, les injections d'eau très chaude suffisent habituellement pour arrêter l'écoulement sanguin. Mais il importe de bien s'assurer si l'hémorrhagie vient de l'inertie utérine, d'un décollement partiel du placenta : parfois en effet elle est l'indice d'une déchirure qui porte sur la vulve, le périnée ou l'utérus, ou bien d'une rupture vasculaire qui siège à l'entrée du vagin.

Dans ce dernier cas, si l'hémorrhagie est abondante, il est indiqué d'appliquer sur le vaisseau une pince hémostatique et laisse la pince à demeure pendant 12 ou 24 heures, suivant la méthode d'hémostasie préconisée par M. Péan. Il suffit que cette pince ait été bien désinfectée et qu'elle soit enveloppée dans un peu de gaze iodoformée pour que la sécurité soit complète.

Lorsque l'hémorrhagie est abondante et qu'il est impossible de se rendre compte de son point de départ par le simple examen des organes génitaux externes, la femme doit être couchée en travers du lit ; puis à l'aide d'une ou deux valves de spéculum, on cherche à reconnaître le point de départ de l'hémorrhagie ; inutile de dire que ces instruments doivent être nettoyés et aseptisés. — Voyons maintenant comment il est possible de traiter antiseptiquement à la fois et l'hémorrhagie et les lésions qui la produisent.

Les plaies vulvaires siègent le plus habituellement au niveau de la fourchette ; dans certains cas elles occupent les parties supérieures et latérales de la vulve. Lorsqu'il y a une rupture des lèvres, il faut s'assurer que les bords de la plaie sont bien juxtaposés : on y aide au besoin par l'application de quelques points de suture au crin de Florence ou de quelques serres-fines qu'on laisse pendant le temps nécessaire au commencement de réunion. Les serres-fines, avant d'être appliquées, doivent être flambées, puis trempées dans un liquide antiseptique, eau phéniquée forte de préférence.

Si la muqueuse vulvaire est arrachée dans une certaine étendue, le lambeau, mince et violacé, il vaut mieux ne pas tenter la réunion, exciser ce lambeau et veiller à ce qu'il n'y ait pas de suppuration.

Lorsque les lèvres elles-mêmes sont arrachées en quelque point, il faut se guider sur l'examen du pédicule : s'il est large et paraît suffisant au maintien de la circulation, on tente la réunion par première intention ; si le lambeau semble au contraire voué au sphacèle, il est préférable de le sectionner.

Les plaies les plus fréquentes de cette région sont les plaies contuses : elles sont le plus souvent consécutives au passage de la tête fatale, à l'introduction de la main, des instruments dans les voies génitales.

Outre les lavages répétés de cette partie, il est utile d'employer localement de l'iodoforme en poudre, ou incorporé à la vaseline ; dans l'intervalle des pansements, on maintient à ce niveau de la gaze ou de l'ouate iodoformée. Quelques jours après l'accouchement, ces plaies prennent parfois une teinte grisâtre, se recouvrant d'une sorte de couenne blanchâtre ; de petites eschares se forment à ce niveau. Il est indiqué de badigeonner ces plaies soit avec de la teinture d'iode, soit avec une solution de chlorure de zinc à 8/100 ou même avec une solution concentrée de permanganate de potasse.

Lorsqu'il existe un thrombus de la vulve ou du vagin, il faut surveiller avec soin la marche de la tumeur ; si malgré le repos, les applications froides, cette tumeur ne tend pas à se résorber ; si au contraire elle augmente, si son enveloppe change de coloration, si des phlyctènes se développent à sa surface, il vaut mieux recourir à l'incision et prévenir ainsi la gangrène ou la rupture imminente. On conçoit l'importance de l'asepsie la plus complète pour une telle opération et pour les soins consécutifs.

Dans un cas de thrombus volumineux de la vulve, M. Charpentier s'est servi avec avantage du sulfate de cuivre.

Il résulte d'un travail de Mme Sasonoff (1), médecin en chef de la maison d'accouchements, à Saint-Petersbourg, que la mortalité par suite de thrombus qui était de 36 0/0 du temps de Deneux, a considérablement diminué depuis l'emploi des moyens antiseptiques.

« Avant ces dix dernières années, dit le Dr Perreymond, dans un travail récent sur ce sujet (2), c'était l'infection encore plus souvent que l'hémorrhagie qui tuait les malades atteintes de thrombus de la région génitale ; il n'en est plus de même aujourd'hui.

« L'espoir exprimé par Hecker qu'une antiseptie rigoureuse abaisserait le chiffre de la mortalité se réalise, de jour en jour, depuis l'application des pansements antiseptiques aux accidents de cette nature. En effet, les observations récentes d'hématomes traités par la méthode de Lister démontrent que si l'hémorrhagie enlève encore un nombre considérable de malades, la mort par septicémie est beaucoup moins fréquente, non seulement à la suite des thrombus limités à la vulve et au vagin, mais encore dans les cas où, comme ceux

(1) SASONOFF. Étude du thrombus de la vulve et du vagin. *Annales de gynécologie*, décembre, 1884.

(2) PERREYMOND. Thrombus puerpéral de la vulve et du vagin. *Annales de gynécologie*, février, 1888.

très remarquables publiés par Mme Sasonoff, les professeurs Charles (de Liège) et Grynfeldt, la collection sanguine a envahi la cavité pelvienne et franchi les limites du détroit supérieur. »

Lorsqu'on est obligé de pratiquer l'incision de la tumeur, le foyer de l'épanchement sanguin sera traité par l'antiseptie la plus rigoureuse : injections, pulvérisations, drainage. « Le pansement le mieux approprié à de pareils cas, ajoute le Dr Perreymond, me paraît consister dans l'emploi de poudres désinfectantes, de tampons de gaze iodoformée remplissant la poche de la tumeur. »

Beaucoup plus important, en raison même de leur fréquence, est le traitement des déchirures du périnée. C'est au nom même de l'antiseptie que la suture immédiate doit être pratiquée. Ce serait sortir du sujet que d'indiquer les différentes précautions, les différents procédés prophylactiques qu'on a préconisés pour empêcher la rupture du périnée : l'accoucheur doit les connaître tous ; car, évitant une déchirure du périnée, il aura été très utile à la femme, puisqu'il aura empêché une plaie d'être produite.

Est-il autorisé, lorsque la déchirure est imminente, à pratiquer l'épisiotomie afin de limiter l'étendue de la déchirure et de l'empêcher de se diriger vers l'anus ? Cette pratique doit être rarement suivie ; lorsqu'on y a recours, il faut que les ciseaux, le bistouri dont on se sert soient d'une propreté absolue ; la première condition est que la plaie ainsi produite ne soit pas infectée par l'opérateur.

C'est une faute contre l'antiseptie que de méconnaître l'existence d'une déchirure du périnée, quelque minime qu'elle soit ; si l'accoucheur a des raisons de craindre que le périnée aie cédé, il doit examiner la femme de suite après l'expulsion du fœtus ; en tout cas, il ne faut jamais quitter une femme après la délivrance sans s'être assuré de l'état du périnée : après avoir pratiqué une injection vaginale et enlevé les caill-

lots, on fait coucher la femme sur le côté, on lui fait plier la jambe supérieure, allonger la jambe inférieure et on examine avec soin l'étendue et la gravité des lésions.

Avant que la délivrance n'ait lieu, l'accoucheur doit avoir pris un parti sur la conduite qu'il va suivre et, s'il se décide à intervenir, préparer les instruments qui lui sont nécessaires.

Lorsque la déchirure est peu étendue, on peut se contenter, suivant la méthode recommandée par plusieurs accoucheurs de tenir les jambes rapprochées à l'aide d'une serviette pendant quarante-huit heures et de faire les toilettes vulvaires avec le plus grand soin.

Les serres-fines rendent de grands services et donnent de bons résultats, à la condition d'être bien désinfectées ; mais elles ne sont pas toujours faciles à appliquer surtout chez les femmes grasses ; elles sont parfois douloureuses ; elles se déplacent assez facilement lorsque la femme est indocile, elles doivent être en tous cas retirées au bout de 24 ou 36 heures.

Lorsque la déchirure est un peu étendue, il faut avoir recours à la restauration immédiate, mais à la condition que l'antisepsie soit rigoureusement observée. « Tout le tort de la périnéorrhaphie immédiate est dans le défaut des précautions antiseptiques : de là les échecs et parfois les complications résultant de l'opération elle-même.

L'antisepsie autorise et justifie la restauration immédiate des lésions périnéales qui, à son défaut, devraient, à juste titre, être retardées. La protection bien entendue de la femme accouchée réclame cette intervention ; en supprimant des surfaces saignantes, on supprime des portes ouvertes à l'infection et ce sont justement les portes extérieures, c'est-à-dire les plus exposées (Dolérís) ».

La femme est mise en travers du lit, dans la position de la taille, les jambes enveloppées d'ouate ou de flanelle ; la vulve est rasée avec soin ; le vagin est irrigué pendant quel-

ques minutes avec une solution antiseptique. Pour empêcher le sang venant de l'utérus de couler sur la plaie, on applique dans le vagin, un tampon iodoformé retenu par une pince ou ou une ficelle.

Il est utile de faire pratiquer par un aide l'irrigation continue de la surface cruentée, au moyen d'une solution phéniquée à 1/50 ou de solution de sublimé au millième. Cette pratique a le double avantage de nettoyer la plaie et de la mettre à l'abri des germes venus du dehors. Comme instruments, on a préparé à l'avance dans l'eau phéniquée forte, des ciseaux, une aiguille courbe de Reverdin, des aiguilles courbes montées, quelques pinces hémostatiques. Quant à la substance destinée à faire la suture, le catgut, la soie phéniquée, le crin de Florence, le fil d'argent se partagent la faveur des opérateurs ; quelle que soit la substance employée, il faut qu'elle soit rigoureusement aseptique.

Brœse se sert du catgut avec lequel il fait une suture continue en spirale ou suture en surjet ; Dolérís a vulgarisé cette méthode en France et emploie un catgut facilement résorbable, préparé d'après la méthode de Schrédé (1° immersion dans la liqueur de Van Swieten pendant 12 à 15 heures, puis dans l'huile essentielle de genièvre pendant 48 heures ; 2° conservation dans l'alcool absolu ; 3° puis, au moment de s'en servir, immersion dans une solution phéniquée au vingt-cinquième).

Lorsque tout est ainsi préparé, on procède à l'opération avec toutes les précautions nécessaires. On commence par l'angle vaginal de la déchirure : on fait à ce niveau deux points de suture assez rapprochés et on serre le fil par un double nœud.

Si la plaie vaginale est profonde, on fait une suture dans les parties profondes, puis on termine dans les parties superficielles. La suture est ainsi continuée de la vulve à l'anus. On fait un ou deux plans de suture suivant que la plaie est

superficielle ou non ; dans ce dernier cas, il est bon d'assurer l'affrontement par quelques points profonds, comprenant le plus de peau et le plus de tissus mous possible.

Quand la cloison recto-vaginale est intéressée dans une certaine étendue, il faut d'abord laver soigneusement le rectum, puis on assure le rapprochement des tissus sous-muqueux, en réunissant minutieusement les parties par des points réguliers qu'on assure par un nœud. C'est, dans ces cas, qu'il est surtout utile de maintenir la constipation pendant plusieurs jours à l'aide des opiacés.

Quand l'opération est terminée, on enlève le tampon iodoformé, puis on fait une irrigation vaginale antiseptique. Une pulvérisation de poudre d'iodoforme est ensuite pratiquée sur la ligne des sutures ; puis on recouvre de « plusieurs doubles de gaze iodoformée et on applique par dessus une couche de charpie de bois sublimée, qui pénétrant dans le vagin, absorbe l'écoulement utérin et le conduit dans une bonne couche de la même substance, placée devant la vulve et maintenue par un bandage en T. La malade est ensuite placée dans son lit, les jambes rapprochées et les cuisses accolées au moyen d'un bandage de corps. » (Barette).

Le pansement est renouvelé trois ou quatre fois par vingt-quatre heures, si l'écoulement utérin est abondant. On pratique chaque fois une large irrigation antiseptique : puis on saupoudre d'iodoforme la ligne de suture. On renouvelle la gaze et la charpie absorbantes. En un mot, il importe que toutes les parties génitales soient maintenues dans un état aseptique parfait, pendant la durée de la cicatrisation.

Lorsque la déchirure est peu étendue ou lorsqu'on ne veut pas recourir à un pansement complet, il est utile de recouvrir de collodion iodoformé la ligne de suture, de manière à la soustraire complètement au contact des lochies. Il suffit alors de faire quelques injections vaginales et de maintenir une compresse antiseptique sur la vulve.

Cette méthode de suture immédiate ne rencontre que de rares contre-indications : il est inutile d'y avoir recours chez des femmes arrivées à la période ultime d'une affection tuberculeuse ou cancéreuse ; de même lorsque les parties génitales ont été dilacérées pendant l'accouchement au point que leur vitalité soit compromise, ou lorsque la femme est très affaiblie par une hémorrhagie grave : il est alors préférable d'avoir recours à la périnéorrhaphie secondaire ou tardive.

A part ces quelques exceptions, la suture immédiate constitue une méthode de choix qui donne d'excellents résultats : elle diminue les chances d'infection de la femme en fermant de nombreuses portes d'entrée aux agents septiques, et lors même que la réunion n'est pas parfaite, elle restreint l'étendue des lésions et facilite les opérations complémentaires.

Les lésions qu'on observe du côté du vagin à la suite de l'accouchement sont variables : la muqueuse seule peut être contuse, déchirée, éraillée ; ou bien il existe une véritable rupture du conduit vaginal. Il est indispensable que toutes ces plaies soient traitées suivant les règles d'une antiseptie sévère ; si la déchirure est étendue, si surtout elle siège au voisinage des culs-de-sac, il est bon d'en pratiquer la suture immédiate. En tout cas il sera utile de maintenir dans le vagin des tampons de gaze iodoformée.

Bischoff et Bergesio ont conseillé d'introduire dans le canal vaginal un tampon imbibé d'huile phéniquée à 10 0/0 ; ce tampon serait changé à chaque pansement.

Certaines *déchirures du col* donnent lieu à des hémorrhagies abondantes ; l'accoucheur est alors obligé d'introduire un spéculum pour se rendre compte de l'étendue des lésions. Si l'hémorrhagie ne s'arrête pas sous l'influence des irrigations chaudes, de la compression temporaire avec un tampon antiseptique, on saisit la partie qui saigne avec une pince hémostatique longuette qu'on laisse à de-