

meure; ou mieux, en abaissant l'utérus, on pratique avec des sutures le rapprochement des lèvres de la plaie.

Quant aux déchirures plus ou moins étendues du col, qui se produisent presque toujours pendant l'accouchement, sans donner lieu à d'accident spécial, elles se cicatrisent rapidement, mais à la condition que l'antisepsie soit rigoureuse; les lavages vaginaux sont très utiles à ce point de vue.

Les *ruptures de l'utérus*, qui occupent le corps de l'organe, constituent une des complications les plus redoutables de l'accouchement. L'antisepsie joue dans leur traitement et leur pronostic un rôle important. La rupture de l'utérus peut être diagnostiquée soit pendant le travail, soit après. Lorsque l'on reconnaît l'existence d'une rupture étendue de l'utérus pendant le travail, que l'accouchement soit facile ou non à terminer par les voies naturelles, il n'y a pas à hésiter: il faut pratiquer la gastrotomie, et suivant la variété des lésions, avoir recours à l'opération de Porro ou suturer la plaie utérine. Les statistiques de Trask, de Jolly, de Harris, montrent les bons résultats que l'on obtient d'une gastrotomie faite dans ces conditions, avec toutes les précautions antiseptiques d'usage.

Si au contraire le diagnostic n'est pas ferme, s'il existe de l'incertitude sur l'étendue de la lésion, si l'accouchement par les voies naturelles paraît facile, il faut y avoir recours, en ayant soin de déterminer le moins de lésions possible; puis, lorsque l'accouchement est terminé, on désinfecte soigneusement les organes génitaux, on enlève les caillots situés au voisinage de la rupture. Trois méthodes se partagent alors la faveur des opérateurs: 1° la gastrotomie; 2° le drainage péritonéal; 3° les injections intra-utérines.

La gastrotomie, même dans les cas où l'accouchement est terminé, nous paraît le seul traitement rationnel lorsque l'existence d'une déchirure assez étendue est *certaine*, mais à la con-

dition que cette opération soit faite proprement. Si l'on n'est pas outillé convenablement pour la pratiquer, il est plus prudent de suivre une conduite plus timide; cependant nous pourrions dire avec Lusk que dans les autopsies, auxquelles nous avons assisté, de femmes ayant succombé à une rupture utérine après l'accouchement par les voies naturelles, il nous a toujours semblé qu'une gastrotomie pratiquée à propos, avant l'apparition des accidents de péritonite, eût donné de grandes chances de sauver la vie de la malade.

Nombre d'accoucheurs reculent cependant devant une opération aussi sérieuse; pensant que la plaie utérine a une tendance à se fermer rapidement et que le danger (en dehors du shok ou de la perte de sang), vient surtout de la décomposition septique des liquides qui n'ont pu s'écouler, pratiquent le *drainage péritonéal* pour assurer l'asepsie du péritoine. Frommel, Thornton, Mosbach, Voss, Graëfe, Felsenreich, Mann, ont obtenu de bons effets de cette méthode.

On choisit un tube à drainage d'assez fortes dimensions et on le lie en deux de manière à avoir deux branches de même longueur. On pratique une large ouverture au sommet de l'arc qui doit être passé à travers la déchirure: les deux branches du tube sont réunies entre elles de manière à ce qu'il ne puisse se former à leur niveau un point cicatriciel, pendant le processus de réparation. Avant d'introduire ce tube, on fait un lavage complet de la cavité utérine et au besoin du péritoine; puis le tube est enfoncé de manière à ce que son extrémité interne déborde de 2 centimètres environ les bords anfractueux de la plaie utérine; les extrémités inférieures sont fixées avec un fil de soie à la commissure postérieure (Lusk). — De l'ouate antiseptique est appliquée sur la région vulvaire.

Quelques accoucheurs font dès le début par le drain quel-

ques injections avec un liquide antiseptique, d'autres attendent 48 heures que les adhérences péritonéales soient établies pour pratiquer un lavage complet de l'utérus et du vagin ; le tube est retiré tous les deux ou trois jours. Il semble résulter des expériences de Ott, que le drainage est inutile dès le troisième jour, étant complètement isolé par la capsule de bourgeons charnus qui l'entourent.

Malgré les bons résultats qu'a fournis cette méthode, n'y a-t-il pas lieu de se demander avec Olshausen, si le drainage du péritoine n'est pas dangereux en facilitant l'introduction de l'air au niveau de cette séreuse, et si le drain ne joue pas le rôle d'un corps étranger et ne provoque pas une irritation nuisible ?

M. Bar a une certaine tendance à limiter les indications du drainage aux cas dans lesquels l'épanchement du sang ou de liquides dans le péritoine, fait prévoir une péritonite presque certaine. Mais alors la gastrotomie bien faite ne donne-t-elle pas plus de sécurité ?

M. Bar rapporte certains faits observés par Tarnier, Alberts, dans lesquels de simples injections intra-utérines ont suffi sans drainage, pour empêcher tout accident ; il y voit un encouragement à adopter cette méthode, à la condition que l'antisepsie ait été rigoureuse pendant l'accouchement et qu'il n'y ait pas de péritonite.

Mais là est justement le danger ; sans doute à l'aide du drainage, des injections intra-utérines, on peut empêcher la septicémie de se produire ; mais le plus souvent la péritonite, à laquelle succombent les malheureuses femmes atteintes de rupture utérine, n'est pas une péritonite infectieuse, mais une péritonite inflammatoire causée par l'épanchement sanguin intra-péritonéal : l'incision de la paroi abdominale, le nettoyage du péritoine, l'arrêt de l'hémorragie par la suture de la plaie ou l'opération de Porro, constituent alors le véritable traitement rationnel de cette redoutable complication.

Parlerons-nous d'une autre complication, également grave, mais plus rare que la rupture utérine : l'inversion utérine, qui s'accompagne le plus souvent de shok et d'hémorragie ? L'antisepsie joue ici un rôle important : en effet la muqueuse utérine, saignante, turgescence, est en contact direct avec le vagin et par conséquent peut être infectée facilement.

Aussi, quel que soit le procédé de réduction que l'on emploie (manuelle ou instrumentale) il importe que la surface de l'utérus soit d'abord bien nettoyée et que la main ou l'instrument qui pratiquent le taxis soient rigoureusement désinfectés. Dans certains cas, cependant, les tentatives de réduction échouent : deux dangers menacent alors la femme, l'hémorragie qui persiste et la septicémie qui se développera facilement ; il n'y a guère à compter sur cette terminaison « aussi heureuse que rare de l'involution naturelle de la matrice en dehors du bassin, sans hémorragie, sans septicémie, aboutissant en somme à une inversion chronique compatible avec la vie.

« Donc lorsque l'accoucheur a épuisé tous ses efforts contre l'écoulement du sang et qu'il ne peut, d'autre part, s'opposer efficacement au sphacèle et à la putréfaction des tissus les plus exposés, il lui reste encore, comme dernière ressource, l'amputation de la tumeur utérine inversée.

« Cette opération paraît être entrée aujourd'hui dans la pratique gynécologique nord-américaine et allemande. On a récemment publié quelques succès de cette méthode suivie de la suture multiple, à trois ou quatre étages de la surface de section, du péritoine vers la muqueuse.

« Pour assurer l'hémostase parfaite, il est essentiel, avant d'amputer, de comprimer le pédicule avec un clamp, un serre-nœud ou un lien élastique maintenu fixe par des aiguilles placées en diagonale. L'opération et le traitement consécutif du pédicule seront pratiqués, bien entendu, avec toutes les précautions antiseptiques habituelles (Doléris) ».

Enfin quelques femmes peuvent présenter, à la suite de leur accouchement, des plaies extra-génitales : telles les éclamptiques qui se mordent souvent la langue, les lèvres et peuvent, si elles ne sont pas surveillées, avoir des plaies de cuir chevelu, de la face, des membres, etc. ; l'antisepsie de ces diverses lésions ne doit pas être négligée par l'accoucheur.

CHAPITRE XI

DE L'ANTISEPSIE OPÉRATOIRE

SOMMAIRE. — De l'importance du diagnostic avant toute opération.
Version par manœuvres internes. — Extraction du siège. — Forceps.
— Basiotripsie. — Craniotomie. — Embryotomie.
Opération césarienne. — Opération de Porro.
Grossesse extra-utérine. — Gastro-élythrotomie.
Rupture artificielle des membranes. — Accouchement prématuré artificiel.
Tamponnement.

Si quelques médecins négligent encore, plutôt par nécessité que de parti pris, les règles de l'antisepsie, lorsqu'il s'agit d'un accouchement normal, bien peu *s'en abstiennent lorsqu'ils interviennent* d'une manière directe pour un accouchement artificiel. Ce serait en effet de la part du médecin, un manque d'honnêteté professionnelle, que d'exposer une parturiente à la septicémie par défaut de propreté des instruments, des mains etc.

L'antisepsie opératoire comprend deux ordres de précautions à prendre ; les unes qui consistent à stériliser le champ opératoire ; les autres ont pour but de désinfecter les instruments qui vont être en contact avec les organes génitaux. Ici, comme en chirurgie proprement dite, l'accoucheur, qui réalisera le mieux l'antisepsie opératoire, ne se contentera pas d'être *propre* ; il arrivera d'autant mieux au but, qu'il aura soin de faire l'opération le plus habilement possible, en pro-