

CHAPITRE XII

DE L'ANTISEPSIE PENDANT LES SUITES DE COUCHES.

- SOMMAIRE. — Toilette de la femme après l'accouchement. — Son lit.
Les suites de couches doivent être apyrétiques : nécessité de prendre la température matin et soir.
De l'alimentation de la femme. — Q'est-ce que la fièvre de lait ?
Une femme doit allaiter.
Toilettes vulvaires. — Injections vaginales. — Injections intra-utérines.
De la conduite à tenir pendant les suites de couches dans certains cas (rétention des membranes, cancer utérin, etc).
Accidents fébriles non puerpéraux (fièvre intermittente, pyrécies).
De la rétention d'urine et du cathétérisme.
Des lymphangites du sein.
Stercorémie et lavement.
Pendant combien de temps durent les suites de couches ?
De l'involution utérine.
Du traitement antiseptique prolongé.

La femme est accouchée, délivrée ; on débarrasse le lit des linges souillés de sang ; on nettoie soigneusement les cuisses, le bas-ventre de la femme ; on fait couler sur la vulve une certaine quantité de liquide antiseptique chaud pour mieux débarrasser les poils des caillots qui s'y trouvent ; si ces poils sont trop longs, si surtout la femme n'a pas pris de soins de propreté avant l'accouchement, il faut user des ciseaux. On applique sur la vulve une compresse antiseptique recouverte de taffetas gommé ou mieux de l'ouate boriquée, sublimée, ou phéniquée.

Si, dans une Maternité, pour des raisons multiples, on ne

laisse pas accoucher la femme sur le lit qu'elle occupera définitivement, il n'en est pas de même en ville : le transport d'une accouchée d'un lit (qu'on appelait lit de misère ou de travail), dans un autre n'est pas sans inconvénients. Lorsque la femme est un peu forte, il n'est pas toujours facile de la transporter ; il faut souvent deux ou trois personnes pour effectuer ce changement.

Sans insister sur la difficulté matérielle de ce transport, il est un autre point à signaler : c'est l'écoulement sanguin qui se produit hors des organes génitaux. Que la femme fasse un effort ou se mette à tousser, elle inonde de sang le drap qui l'enveloppe ; le sang peut même tomber à terre et salir le lit propre sur lequel on dépose la femme.

Mieux vaut que la femme accouche sur son lit habituel ; mais pour cela il faut s'arranger que le lit ne soit pas souillé pendant l'accouchement. Lors donc qu'on n'est pas pris au dépourvu et qu'on arrive auprès d'une femme en travail, on fait enlever tout ce qui garnit le lit ; sur le matelas on dispose un carré de taffetas gommé ou de toile cirée ; on peut même employer du caoutchouc, mais à la condition qu'il ait été exposé à l'air pendant une quinzaine de jours, de manière à ce qu'il n'ait pas de mauvaise odeur. — Il faut avoir soin que ce morceau de tissu protecteur vienne jusqu'au bord du matelas, le recouvre sur toute sa largeur au niveau des parties génitales et du bassin de la femme. — On met ensuite un drap, comme pour un lit ordinaire ; sur ce drap, au niveau du bassin de la femme, on ajoute un drap plié en quatre, qu'on recouvre de journaux imbriqués ou d'un morceau de taffetas gommé.

Sur le tout, on ajoute un drap plié en 8 que l'on fixe à l'aide d'épingles de nourrices, appliquées aux quatre angles.

On fait alors achever le lit en mettant le drap de dessus et la couverture, mais on a soin de rouler les deux ensemble jusqu'au pied du lit.

Nous avons vu comment on devait disposer le drap pour mettre sous le siège de la femme, au moment de l'expulsion du fœtus, et comment on le déroulait, suivant les différents temps de l'accouchement et de la délivrance. Lorsque la femme est délivrée, on la nettoie avec soin ; on enlève tous les draps supplémentaires, et la femme se trouve alors reposer dans un drap propre comme à l'ordinaire.

Ces détails peuvent paraître bien méticuleux ; mais ils sont d'une grande importance dans la pratique courante. C'est parce que nous ne les avons vu nulle part exposés que, sur le conseil de M. Pinard, nous les relatons ici, convaincu qu'on ne saurait reprocher au médecin de s'occuper des choses minimales en apparence, lorsqu'elles ont l'intérêt de la femme pour but, convaincu d'autre part que la propreté est la première loi de l'antisepsie.

Il est bien entendu que dans une Maternité, la femme accouchera dans la salle de travail : il faut avoir soin que le charriot ou le brancard sur lequel on transporte la malade de son lit de travail à la salle commune, soit recouvert d'un drap très-propre.

Lorsque la femme est couchée dans son lit, ses jambes sont rapprochées l'une de l'autre ; la partie supérieure des cuisses et le bassin sont enveloppés dans un drap plié en quatre et passé sous les fesses.

La femme garde de préférence, surtout dans les 24 premières heures, le décubitus horizontal ; les jours suivants il est préférable que les épaules soient un peu relevées afin que la femme se trouve dans une position qui favorise l'écoulement lochial.

L'usage du bandage de corps compressif ne paraît avoir aucun avantage au point de vue de l'antisepsie. — Ce n'est que dans les cas où l'utérus est en antéversion très-marquée, qu'il est utile de maintenir l'utérus en arrière, à l'aide d'un bandage : on facilite ainsi l'écoulement des lochies.

Il importe que la personne (sage-femme, garde-malade, parente, bonne, etc) chargée de soigner l'accouchée soit très-propre, qu'elle n'ait eu aucun contact antérieurement avec des personnes atteintes d'accidents puerpéraux, d'érysipèle, etc., ou alors qu'elle ait été soumise à une désinfection rigoureuse ; il importe qu'elle observe aveuglément toutes les prescriptions de l'accoucheur, qui seul est responsable et ne doit pas craindre d'entrer dans les moindres détails et veiller à ce que tout soit fidèlement exécuté.

Quelle que soit la méthode employée pour soigner la femme pendant les suites de couches, qu'on la soumette aux simples toilettes vulvaires ou aux lavages vaginaux, il est une précaution indispensable : c'est de prendre ou de faire prendre matin et soir la température axillaire pendant une dizaine de jours ; il est moins utile de connaître l'état du pouls. Si l'antisepsie a été bien faite pendant le travail, si elle est encore fidèlement observée pendant les suites de couches, il n'y aura pas d'élévation de température.

Il est impossible, sans le thermomètre, d'affirmer que les suites de couches ont été bonnes, normales : ne pas prendre la température d'une accouchée est une faute et c'est un des grands reproches à adresser aux détracteurs de l'antisepsie obstétricale. Ils proclament bien haut que, sans antisepsie, les femmes accouchées n'ont pas plus d'accidents que celles chez lesquelles on a recours à ces précautions prophylactiques. Où sont les feuilles de température de leurs accouchées ?

Il importe donc qu'à chaque visite l'accoucheur soit renseigné sur la température, l'état du pouls ; il doit examiner également l'état de la langue, de la vessie, de l'utérus, des seins, se rendre compte de la quantité et de la qualité des lochies etc.

Les suites de couches doivent toujours être normales, c'est-à-dire apyrétiques, lorsque l'accouchement a été fait avec toute la propreté voulue, quelle que soit la durée du travail,

quelqu'ait été la gravité de l'intervention à moins, bien entendu, qu'il n'y ait une tare du côté de l'organisme maternel, ou qu'il reste des traces d'une inflammation ancienne du côté des annexes de l'utérus.

M. Pinard nous a fait souvent observer à Lariboisière que les femmes qui avaient subi une opération assez grave (basiotripsie, version podalique par manœuvres internes, délivrance artificielle, etc) présentaient une courbe de température moins élevée, plus régulière que leurs voisines ayant accouché spontanément. C'est qu'alors on redoublait de soins : chef de service, interne, sage-femmes, infirmières, veillaient à ce que l'antisepsie fut rigoureuse. L'imminence du danger augmentait la vigilance de ceux qui devaient le prévenir.

Friey a comparé bon nombre de courbes de température dans les accouchements avec ou sans précautions antiseptiques : en cas d'absence d'antisepsie la courbe présente des oscillations plus considérables et une certaine élévation de température qui doivent être regardées comme pathologiques, quoiqu'une fièvre puerpérale n'existe pas encore. Par contre dans les accouchements aseptiques, la température ne s'élève pas au-dessus de la normale et n'offre presque pas d'oscillations.

Du reste les recherches microbiologiques ont montré que les lochies renferment d'autant moins de micro-organismes que l'antisepsie est plus rigoureuse.

La meilleure preuve que, sans antisepsie, il y a des accidents fébriles chez les accouchées, c'est la diète sévère à laquelle nos mères étaient soumises dans la crainte de la *fièvre de lait* : on admettait encore il y a quelques années que le plus habituellement l'établissement de la sécrétion lactée s'accompagnait de fièvre, et on mettait sur le compte de la *fièvre de lait* les accidents de septicémie atténuée qui survenaient vers le troisième ou le quatrième jour après l'accouchement, et qui auraient mieux mérité, en prenant l'étiolo-

gie pour base, la dénomination de *fièvre d'accoucheurs*. Or aujourd'hui on alimente les accouchées dès le premier jour et la *fièvre de lait* n'apparaît pas. Il se passe même ce fait singulier que la *fièvre de lait* n'existe plus guère que chez les femmes soumises à une diète sévère, c'est-à-dire traitées d'une manière irrationnelle ; c'est que l'antisepsie ne pénètre pas en effet facilement là où les préjugés fleurissent encore.

Il y a longtemps cependant que Depaul a fait justice de cette erreur en disant. « Je crois donc qu'il est démontré que pendant la poussée du lait, toutes choses se passant régulièrement, on ne trouve ni une augmentation de la température ni une grande fréquence des battements du pouls. Quant au frisson initial admis par presque tous les auteurs anciens, et même par plusieurs modernes, je puis dire qu'on ne le rencontre pour ainsi dire jamais, tenant uniquement à la montée du lait.

« Aussi quand une femme de cet hôpital m'annonce le matin à la visite qu'elle a eu dans la nuit du deuxième ou troisième jour après son accouchement un frisson qu'elle rapporte à la montée du lait, je suis sûr, en examinant avec soin, de trouver pour ce frisson une autre explication moins favorable.

« Presque toujours en effet je constate de la sensibilité du ventre, des lochies fétides, une rétention des portions membraneuses de l'œuf ou de fragments placentaires, des eschares à la vulve, l'ulcération du mamelon, ou tout autre état pathologique. Je puis vous dire, messieurs, ce que je répète depuis plus de trente ans aux élèves qui vous ont précédés : il n'y a pas de fièvre de lait. La montée du lait, la sécrétion lactée ne s'accompagnent pas de phénomènes fébriles dans l'immense majorité des cas. »

Cette dernière restriction est peut-être nécessaire, s'il faut en croire le D^r Péraud qui a récemment étudié et admis, dans des cas exceptionnels, l'existence d'une fièvre de lait

ou du moins d'accidents fébriles survenus au moment de la montée du lait. Cette fièvre surviendrait principalement chez les femmes qui n'allaitent pas ; l'élévation de la température est généralement peu marquée et ne dure que peu de temps. L'intensité de la réaction du côté des mamelles, l'absence de tout phénomène morbide, autre qu'une poussée laiteuse exagérée, seront les bases principales du diagnostic ; on ne devra admettre ce diagnostic qu'avec réserve et lorsqu'on y est pour ainsi dire forcé par l'évidence.

Ainsi donc, la femme qui vient d'accoucher ne doit pas avoir de fièvre ; de plus elle doit être alimentée comme en dehors de la grossesse. Au lieu de débilitier l'organisme par une diète irrationnelle, il faut au contraire le fortifier et le mettre ainsi en état de lutter contre les germes du dehors. Est-il besoin d'ajouter que les suites de couches ne seront bonnes qu'autant que l'antisepsie, qui a été observée pendant le travail, le sera encore après l'expulsion du fœtus et la délivrance ?

Une condition importante pour que les suites de couches soient normales, c'est que la femme allaite son enfant : l'allaitement est le meilleur moyen d'exciter, par voie réflexe, la contraction utérine et par conséquent d'empêcher la stagnation, la décomposition des liquides dans l'utérus. L'allaitement maternel est donc pour la mère un excellent adjuvant de l'antisepsie.

L'emploi des ocytociques est plus discuté, surtout en France où l'on tend actuellement à rejeter de plus en plus l'ergot de seigle de la pratique obstétricale. D'après Barnes cependant « les ocytociques aident au maintien de la contraction. Nous donnons habituellement après l'accouchement un mélange de quinine, d'ergot et de digitale trois fois par jour, pendant deux ou trois semaines ; son effet sur la rétraction utérine est remarquable ; l'accouchée dit souvent qu'elle sent l'utérus se contracter bientôt après chaque dose. Nous considérons cette

méthode comme occupant le premier rang dans l'antisepsie obstétricale : c'est fermer la porte au nez de l'ennemi ».

Mais n'est-ce pas en même temps emprisonner dans l'utérus l'ennemi, c'est à-dire les caillots, les débris de membranes qui peuvent devenir le point de départ d'accidents septiques en se putréfiant ? Ce n'est que dans certains cas où l'inertie utérine est manifeste, où y a lieu de craindre de nouvelles hémorragies qu'on peut employer avec avantage l'ergot de seigle ; il est et surtout il a été coupable de trop de méfaits en obstétrique pour qu'on n'en restreigne l'usage de plus en plus. D'ailleurs des travaux récents tendent à prouver que l'involution utérine se fait moins bien chez les femmes qui prennent l'ergot que chez celles qui n'en prennent pas.

L'accoucheur ne pratiquera le toucher vaginal qu'exceptionnellement dans les quelques jours qui suivent l'accouchement : il est inutile, voire même dangereux, de toucher à cette plaie récente, en voie de cicatrisation ; on risque de retarder la réunion des tissus déchirés, et ce qui est plus grave, d'y introduire des germes nuisibles.

Les linges placés au-devant de la vulve ou mieux l'étope ou l'ouate au sublimé seront changés toutes les trois ou quatre heures, suivant l'abondance de l'écoulement ; on fera en même temps la toilette des parties génitales externes, en faisant mettre la femme le siège élevé sur un bassin et en faisant couler sur la vulve une certaine quantité de liquide antiseptique ; il faut éviter avec soin de se servir d'éponges ; le mieux est de faire couler le liquide en comprimant un linge imbibé de liquide antiseptique et d'enlever les caillots avec des bourdonnets d'ouate. Même lorsque l'accouchement a été normal il faut faire, matin et soir au moins, une injection vaginale, et une toilette vulvaire matin et soir : il est bon, après chaque toilette, d'interposer un petit tampon humide entre les grandes lèvres, de manière à fermer autant que possible l'entrée du conduit vaginal. Il est également utile de faire une toilette

après chaque miction ; d'ailleurs, lorsqu'on pratique les toilettes avec une solution tiède, il est rare que la femme n'urine pas à ce moment.

Pour pratiquer les toilettes vulvaires, on peut procéder de la manière suivante : « on verse dans un récipient quelconque au moins un litre de la solution choisie, on trempera dans ce liquide un tampon de ouate hydrophile ayant à peu près le volume du poing. Une fois la ouate bien imbibée, on portera ce tampon au-dessus des organes génitaux et on le pressera de telle sorte que le liquide qu'il contient soit exprimé et vienne irriguer les grandes lèvres en entraînant tous les débris de caillots, etc., qui peuvent s'y être fixés.

« On renouvellera cette opération un certain nombre de fois, en ayant soin d'écarter les grandes lèvres pour qu'aucune partie de la vulve n'échappe à l'action du lavage. On épongera ensuite avec soin les organes génitaux externes, en se servant toujours du même tampon de ouate, qui sera jeté ensuite ou brûlé. En aucun cas, on ne devra se servir d'éponges. Une fois ce lavage terminé, on applique de nouveau le pansement (Bar) ».

Il est un procédé plus simple de lavage vulvaire : lorsqu'on a fait une injection vaginale, on verse sur la vulve ce qui reste dans le récipient injecteur, un demi-litre ou un litre : on a ainsi un lavage à grande eau des parties génitales externes.

Bergesio place dans le vagin un tampon de ouate phéniquée que l'on change toutes les six heures : à chaque pansement, on lave soigneusement le vagin avec de l'eau phéniquée.

A la Maternité de St-Louis, on pratique ou plutôt l'on pratiquait il y a deux ans, après chaque délivrance, même naturelle, une injection intra-utérine : puis on introduit et on laisse à demeure dans la cavité utérine un suppositoire contenant 5 gr. d'iodoforme mélangés à une quantité égale de beurre de cacao. Cet agent antiseptique

détermine d'abord l'antisepsie immédiate de la cavité utérine, puis maintient cette cavité aseptique pendant les premiers jours qui suivent l'accouchement. L'iodoforme, en venant se mettre en contact avec la paroi utérine y forme en quelque sorte une barrière antiseptique qui la protège efficacement contre l'infection et pendant un temps suffisant.

Le véritable pansement antiseptique des organes génitaux consisterait à les isoler complètement du milieu ambiant ; malheureusement ce moyen est impraticable : « le voisinage du rectum et de l'urèthre, l'écoulement abondant des lochies pendant les premiers jours nécessiteraient des pansements répétés plusieurs fois journellement ; ce qui est contraire aux principes mêmes de la méthode antiseptique ». Aussi, c'est en présence de ces difficultés locales que certains accoucheurs ont pensé qu'il fallait traiter la plaie vagino-utérine par des lavages antiseptiques et ne pas se contenter d'appliquer au niveau des organes génitaux externes une compresse antiseptique.

Injections vaginales. — L'emploi des injections vaginales bien faites est utile, même lorsque l'accouchement et la délivrance ont été absolument normaux, à plus forte raison lorsqu'il y a eu une intervention de l'accoucheur, c'est la meilleure manière d'éviter toute élévation de température.

Quelques accoucheurs français et étrangers s'abstiennent cependant de faire des injections vaginales, pensant qu'elles sont inutiles et peuvent avoir des inconvénients. Ainsi pour Neumann, la projection du liquide injecté agit en sens contraire de l'écoulement lochial, et en refoule une partie dans la profondeur du vagin. De plus, pour prendre ces injections, les femmes sont obligées d'écarter les jambes, ce qui favorise l'entrée de l'air, en même temps que l'hétéro-infection par le doigt ou la canule. Un autre danger viendrait de ce que ces injections sont pratiquées par les sages-femmes, les gardes dont les mains ne sont pas toujours d'une asepsie complète.