

nale et le mélange réfrigérant une épaisseur de flanelle afin d'éviter les eschares de la paroi abdominale. Gaillard Thomas applique sur le ventre un appareil composé d'un tube en caoutchouc enroulé sur lui-même et qui arrive à recouvrir tout l'abdomen; ce tube est parcouru par un courant d'eau glacée.

Tous ces moyens sont bons et, d'une manière générale, l'emploi de la glace sur le ventre dans le cas de septicémie puerpérale est excellent : « en même temps qu'il calme les douleurs, il modère l'inflammation; mais il ne réussit qu'à la condition d'être employé d'une manière suffisante; il ne faut pas d'intermittence, et si l'on n'est pas certain d'avoir une provision de glace suffisante, il vaut mieux y renoncer que de mal l'appliquer; car les inconvénients seraient plus grands que les avantages (Siredey) ».

Si l'on n'a plus recours aujourd'hui à la saignée dans le traitement de la septicémie puerpérale, les émissions sanguines (ventouses scarifiées, sangsues) sont employées localement avec grand avantage dans le cas où il existe des phénomènes inflammatoires du côté des annexes de l'utérus et du péritoine; elles diminuent les phénomènes inflammatoires et douloureux.

Lorsque les symptômes abdominaux sont très marqués, on use avec avantage des onctions sur le ventre avec une pommade hydrargyrique belladonnée et surtout avec la pommade mercurielle double; on renouvelle ces onctions matin et soir jusqu'à ce qu'on ait amené un érythème local assez intense. M. Pinard cherche même 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 de la stomatite. Mais ces moyens ne constituent guère que la médication des symptômes. Ne peut-on faire plus?

A mesure que, depuis Semmelweiss, les accoucheurs ont ac-

quis la conviction que la septicémie puerpérale provenait de l'infection des plaies des organes génitaux, ils ont insisté de plus en plus dans le traitement sur le lavage antiseptique de ces organes, pensant avec Fristch que « le traitement d'une affection puerpérale sans lavage du vagin est irrationnel »; les uns se contentent de faire le lavage du vagin; d'autres plus hardis n'hésitent pas à irriguer l'utérus, soit d'une manière intermittente, soit d'une façon continue, de façon à débarrasser l'utérus des produits septiques qu'il renferme et à stériliser ces liquides sur place.

Avant d'étudier ces différents procédés de désinfection par le lavage, nous devons parler de l'emploi de l'iodoforme dans le traitement des accidents puerpéraux, dans le cas de lochies fétides, etc; Spath, Ehrendorfer emploient volontiers les crayons d'iodoforme comme pansement intra-utérin; on peut laisser les organes génitaux pendant un certain temps au repos, tandis que les injections intra-utérines antiseptiques, pour être efficaces, doivent être renouvelées plusieurs fois par 24 heures; sans compter les difficultés matérielles que présente un tel traitement, cette intervention fréquente n'est jamais sans danger (Ehrendorfer).

M. Porak a employé également à Saint-Louis les suppositoires iodoformés dans les cas de lochies fétides avec symptômes fébriles: il considère cette méthode comme donnant de très-bons résultats et n'ayant aucun inconvénient. Dans trois cas en particulier, ce traitement a été suivi de succès, alors que les injections intra-utérines avaient échoué. Aussi M. Porak pense-t-il que l'action prolongée pendant un ou deux jours de la substance antiseptique dans l'utérus est supérieure à l'action passagère des injections intra-utérines.

De même Boardmann a observé une accouchée atteinte de septicémie, chez laquelle l'eau phéniquée avait échoué: en même temps qu'une injection de sublimé, il lui fit une in-

sufflation d'iodoforme; malgré l'intensité de la septicémie, la malade guérit.

Les injections vaginales antiseptiques ne sauraient être suffisantes, que lorsque les accidents infectieux sont peu intenses et qu'ils paraissent manifestement liés à l'absorption de germes septiques au niveau du canal vaginal; c'est lorsqu'il existe des plaies étendues du vagin, du périnée qu'on peut à la rigueur se contenter de ces lavages. « 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). Il est préférable alors d'avoir recours à l'irrigation vaginale continue: on la pratique en adoptant la même disposition que nous allons indiquer pour l'irrigation intra-utérine, mais en se servant d'une simple canule vaginale.

Küstner se sert d'un tube de caoutchouc flexible maintenu dans le vagin par un bandage également en caoutchouc; Holzer utilise un spéculum particulier en gomme élastique qui permet d'établir dans le vagin un courant d'eau continu. Küstner emploie d'abord 1 à 2 litres de solution phéniquée forte, puis une solution de sulfate de soude à 5 0/0 (Hayem).

L'irrigation vaginale n'est indiquée que dans des cas exceptionnels: le plus souvent, lorsque la septicémie se révèle par des symptômes graves, c'est que l'utérus est en cause, primitivement ou secondairement à l'infection du vagin: de là la nécessité de pratiquer le lavage de cet organe. « Il faut considérer, dit Frisch, la cavité utérine comme le chirurgien traite des abcès profonds ».

On pratique ce lavage à l'aide de l'une des sondes que nous avons étudiées: après s'être assuré que cette sonde est bien propre, on lave d'abord le vagin, puis on introduit doucement la sonde dans l'utérus, l'irrigation dure cinq à dix

minutes ou même une demi-heure. On recommence cette injection toutes les deux heures ou toutes les quatre ou six heures suivant l'intensité des accidents. M. Bar et Maygrier emploient volontiers l'eau bouillie pour faire ces injections intra-utérines prolongées.

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'organisme, 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: elles ne sont pas sans fatiguer les femmes, elles constituent de petits traumatismes répétés qui sont 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.

Le drainage de l'utérus a été employé par Langenbuch, Theide, Schede: voici quel en est le manuel opératoire. On prend un drain en gomme d'une grosseur proportionnée au degré de rétraction de l'utérus et ayant des parois assez épaisses pour résister à la pression qu'exerce sur lui la paroi utérine. Ce tube est introduit dans la cavité de l'utérus, son extrémité supérieure est fermée; mais un certain nombre de trous sont percés sur ses parois au niveau de la partie contenue dans l'utérus.

Lorsque le drain est placé, on le coupe à quelques centimètres de la vulve. Quand on veut faire des lavages, il suffit d'appliquer une canule sur l'extrémité inférieure de ce tube : on peut ainsi irriguer l'utérus sans introduire le doigt dans le vagin. Sans doute un tel drainage assure à peu près complètement l'écoulement des liquides utérins, mais n'a-t-il pas le grand inconvénient de faciliter l'introduction de l'air jusque dans la cavité utérine ?

Fristch, qui a abandonné ce procédé après en avoir été partisan, l'apprécie en ces termes : « Les sécrétions qui devraient s'écouler par le drain sont si épaisses, qu'en réalité elles ne s'écoulent pas et qu'on est forcé de les évacuer par un courant d'eau. Les sécrétions contenues dans l'utérus ne sont pas assez fluides et ne s'écoulent pas. Si l'on a placé un drain, on a ouvert une communication directe et facile entre la plaie infectée de la vulve et le fond de l'utérus. Le drainage devient ainsi cause de l'infection utérine. Je n'en dirais pas autant si je n'avais vu moi-même des cas semblables qui se terminèrent par la mort ».

On peut se servir du drainage pour faire des irrigations intermittentes, ainsi que Veit l'a proposé ; mais ici encore, on n'a qu'une action de passage, par conséquent insuffisante.

C'est pour obvier à cet inconvénient, que Schucking en 1877, préconisa l'irrigation continue : il introduit dans l'utérus une sorte de sonde à double courant composée d'un cathéter et d'un drain métallique ; cette sonde est maintenue à demeure et fixée à l'aide d'un coussinet d'ouate distendant le vagin. Un grand lavage est fait avec une solution phéniquée à 5 0/0, puis, pour continuer l'irrigation, on se sert de la solution suivante :

Eau .....	100 parties
Glycérine.....	5 parties
Sulfite de soude .....	10 parties

L'irrigation est continuée ainsi pendant plusieurs jours, en retirant le drain toutes les 48 heures.

Malgré les perfectionnements apportés à cette méthode par Schucking, Schröder, Lowenstein, etc., malgré les résultats satisfaisants obtenus par Lowenstein qui compte 28 guérisons sur 48 femmes atteintes des accidents les plus graves, cette méthode de l'irrigation continue tendait à être abandonnée. C'est en 1885, qu'encouragés par les travaux de Sneguireff (de Moscou), MM. Pinard et Varnier remirent en honneur le lavage continu du canal utéro-vaginal comme le traitement véritablement antiseptique et rationnel ; nous avons eu l'occasion de voir les excellents effets de cette méthode, dont MM. Pinard et Varnier ont perfectionné le manuel opératoire. Sneguireff le décrit (1) de la façon suivante :

*Manuel opératoire des injections et irrigations continues.* — En pratique, les irrigations continues sont les plus employées. La façon dont nous les faisons à la clinique est très simple, très commode et bon marché. Le principe est le suivant : l'eau coule d'une façon continue et arrose les culs-de-sac du vagin et le segment inférieur de l'utérus aussi longtemps qu'on le désire. La malade peut être couchée, changer de place, s'asseoir à demi sans interrompre en aucune façon l'irrigation.

L'appareil irrigateur consiste en un tube de verre A à deux tubulures ; l'une D sert à amener le liquide, l'autre C à en assurer l'écoulement. Le tube de verre est muni de quelques ouvertures dont la destination sera indiquée ci-dessous. Le liquide est versé dans un seau, une cruche ou une bouilloire qu'on met en communication avec le tube de verre au moyen d'un tube de caoutchouc d'une longueur de 2<sup>m</sup> à 2<sup>m</sup>,50 de la façon suivante : l'extrémité du tube de caoutchouc L, s'adapte au robinet K qui, au moyen d'une canule, est mis

(1) SNEGUIREFF, *Hémorragies utérines. — Étiologie, Diagnostic et Traitement.* Édition française rédigée par Henri Varnier, pages 163 et suiv. — G. Steinheil, éditeur.

en communication avec un tube de caoutchouc I K. Ce dernier entre dans l'une des tubulures du conduit en verre qu'il suit jusqu'à son extrémité y compris la partie du tube munie d'ouvertures latérales.

Pour que le liquide ne puisse pas s'écouler, le tube à drainage B est branché sur un tube de verre H qui traverse un bouchon de caoutchouc G.

De même, on fixe sur l'extrémité du tube de verre qui sert au retour du liquide, un tube de caoutchouc E long de 1<sup>m</sup>50, dont on laisse tomber l'extrémité dans un vase quelconque placé sous le lit de la malade.

Laissant écouler d'abord une certaine quantité d'eau, afin de purger la canule de l'air et du liquide refroidi qu'elle renferme, on introduit cette canule de verre dans le vagin jusqu'au col de l'utérus, puis on laisse couler le jet plein.

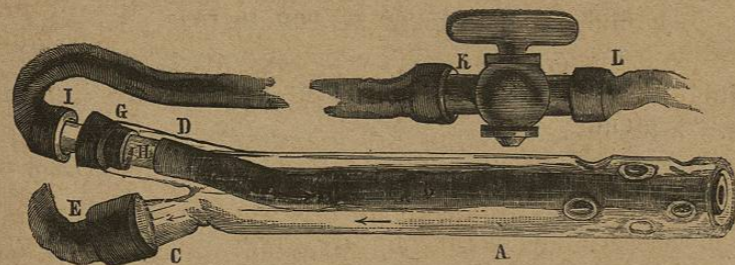


Fig. 25. — Appareil à irrigation continue de MOROSOW.

Le liquide remplit le tube de verre et par les orifices terminal et latéraux parvient dans le vagin et chasse l'air par la tubulure de sortie. Immédiatement après l'air, le liquide commence à s'écouler, et grâce à l'expulsion de l'air la paroi vaginale étreint fortement la canule et s'y attache en pénétrant dans ses ouvertures par aspiration. Bientôt, par suite de l'action du courant d'eau et de la température élevée, les parois vaginales s'adaptent plus intimement encore au tube de verre, de telle sorte que le liquide ne peut

trouver d'issue entre le tube et les parois du vagin et s'écouler sous la malade. Il est vrai qu'au début de l'irrigation le liquide peut s'écouler par cette voie ; aussi est-il bon de ne pas commencer les irrigations permanentes sans placer sous la malade un bassin ou sans mettre une éponge entre les cuisses,

Lorsque l'orifice antérieur du vagin a subi certaines modifications, particulièrement lorsqu'il existe une rupture du périnée, récente ou ancienne, il se peut que le vagin n'étreigne pas suffisamment la canule et que le liquide s'échappe au dehors sans passer par cette dernière. Aussi, dans certains cas, un bassin à bords mous devient-il indispensable pendant toute la durée de l'irrigation.

L'irrigation terminée, on enlève la canule avec précaution de façon à ne pas blesser les parois vaginales, et à ne pas causer de douleurs inutiles à la malade. Pour que les parties de la muqueuse vaginale attirées par l'aspiration puissent se détacher, il faut serrer le tube d'échappement ; le liquide ne pouvant plus s'écouler par cette voie pénètre alors entre les parois du vagin et la canule, et l'adhérence est détruite.

La longueur et le diamètre du tube vaginal peuvent varier selon les cas, mais ce tube doit toujours être en verre solide et épais. Dans de pareilles conditions, il ne m'est jamais arrivé de le voir se casser ou se fendre. Selon les circonstances, la canule est droite ou recourbée, longue ou courte, mais toujours elle doit être très solide.

Parfois les contractions du vagin sont tellement énergiques, que le tube est repoussé au dehors ; pour remédier à cet inconvénient, on l'attache à l'aide d'un ruban de fil autour des reins ou à une ceinture hypogastrique. C'est dans certains cas une précaution absolument indispensable, surtout si la malade remue ou se soulève durant l'irrigation.

Il arrive quelquefois que, par suite de l'engorgement du

tube qui assure l'écoulement, le liquide s'accumule dans la cavité du vagin et s'écoule au dehors; aussi fera-t-on bien de filtrer soigneusement l'eau à l'aide d'un morceau de mousseline que l'on place au fond du réservoir, et qu'on y maintient pendant tout le temps que dure l'irrigation.

L'irrigation peut être employée le jour et la nuit; sa durée, variable avec les indications et les circonstances, est en moyenne de 2 à 10 et même 12 heures. Le sommeil n'est pas une contre-indication, loin d'éprouver la moindre gêne de l'irrigation, la malade s'assoupit volontiers sous l'influence de la chaleur et du murmure monotone de l'eau qui tombe dans le réservoir. Certaines femmes pourtant ne peuvent supporter ce bruit, et on est obligé de plonger le tube d'écoulement dans un vase quelconque déjà rempli d'eau.

L'irrigation peut être employée par les malades durant plusieurs jours, pendant des semaines entières, selon les indications.

Telle que je viens de la décrire, elle peut être appelée irrigation vaginale continue.

En allongeant le tube à drainage on peut faire avec le même appareil des irrigations continues intra-utérines; les accidents possibles, les précautions à prendre sont les mêmes que dans les injections chaudes vaginales.

C'est là une question toute nouvelle; je crois que l'appareil que j'ai décrit plus haut, inventé par mon assistant le docteur Morosow, est plus commode et meilleur marché que tous ceux qui ont été proposés jusqu'à présent; j'insiste surtout sur son application aux affections puerpérales septiques. Les résultats que j'en ai obtenus peuvent être considérés comme merveilleux, et comme formant une des plus belles pages de l'histoire des irrigations continues. »

Voici comment on pratique l'irrigation: lorsque la femme est couchée sur le lit préparé comme nous l'avons vu page 306

on s'occupe de nettoyer la sonde en la flambant, puis on l'adapte au tube de caoutchouc, on ferme le robinet de manière à suspendre momentanément l'écoulement du liquide dans la sonde amorcée. — L'opérateur introduit l'index et le médius de l'autre main dans le vagin et cherche l'orifice utérin, ce qui est loin d'être toujours facile.

Il nous est arrivé à diverses reprises d'éprouver quelques difficultés à reconnaître l'orifice utérin chez des femmes qui avaient subi en ville des applications de forceps aussi réitérées que maladroitement; c'est surtout lorsque l'intervention a eu lieu avant la dilatation complète de l'orifice utérin que des lambeaux du col pendent inertes et rendent difficile à trouver l'entrée de l'orifice utérin.

Une fois que le doigt est au niveau de l'orifice utérin, on glisse avec l'autre main la sonde sur le doigt et en l'abaissant on veille à ce qu'elle pénètre bien dans l'utérus: l'aide à ce moment tourne le robinet et l'irrigation commence. — On passe de chaque côté une ficelle dans les œillets de la sonde, puis on l'attache à une ficelle en ceinture au pourtour de l'abdomen. — On s'assure que la sonde est bien maintenue, mais que l'extrémité libre ne porte pas sur un plan résistant. L'irrigation doit être continue: aussi une personne spéciale doit-elle veiller à ce que le tonnelet soit toujours rempli de liquide antiseptique et à ce que le débit soit régulier.

Quant au liquide à employer pour l'irrigation, on commence par la solution de biiodure de mercure à 1/4000; mais, au bout d'une heure au plus, dès que le canal utéro-vagino-vulvaire a été bien lavé avec cette solution, qui produit au bout de quelques heures une sensation douloureuse, et qui pourrait amener des phénomènes d'intoxication, on la remplace par une solution phéniquée à 1/100<sup>e</sup>. 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;