

derrière les lèvres de la plaie abdominale, s'opposent à l'issue des intestins ; puis, tandis qu'on le maintient, l'opérateur étirant le cordon en caoutchouc, en entoure deux fois l'utérus à l'union du col et du segment inférieur, croise les deux chefs, et fait appliquer sur eux une forte pince ; cette fixation provisoire est rendue définitive, par une double ligature sur les chefs du cordon élastique.

*Amputation.* — A l'aide d'un fort bistouri ou d'un petit couteau à amputation, on sectionne l'utérus à deux travers de doigt au-dessus du fil. Avec les ciseaux, on creuse légèrement la partie médiane, et on abrase la muqueuse qui fait hernie, et s'il s'agit d'un cas septique, on touche au thermo.

Ceci fait, on passe en croix sous le lien élastique les broches en croix, on suture tout autour du moignon le péritoine de façon à faire là une rigole péri-pédiculaire, puis on fait la réunion abdominale ; on saupoudre à l'iodoforme, on bourre et entoure bien la gouttière et le moignon. Pansement antiseptique sec par-dessus.

Il faut avoir soin de bien matelasser les broches qui meurtriraient autrement les parois abdominales.

Tantôt la gangrène du moignon est sèche — c'est le cas le plus favorable — tantôt elle est humide, et alors il y a des sécrétions ; les soins doivent être plus minutieux, et il faut, pour achever la guérison, pratiquer l'abrasion des parties mortifiées qui tarderaient à s'éliminer.

Si le moignon saignait, on pourrait mettre une deuxième ligature, ou faire la suture du moignon.

Vers le huitième jour on enlève les fils de suture abdominale, et en général vers la troisième semaine le pédicule tombe, laissant un gros ombilic granuleux.

La toilette vaginale, les soins du côté de la vessie, du tube digestif, des seins, sont les mêmes que ceux énumérés plus haut.

## LIVRE IX

### PATHOLOGIE DES SUITES DE COUCHES

#### COMPLICATIONS SEPTIQUES DE L'ACCOUCHEMENT

Autrefois, et il n'y a pas encore si longtemps, ces complications étaient comprises sous la rubrique d'*accidents puerpéraux*, accidents dus, croyait-on, à une sorte de diathèse passagère, inconnue dans son essence — *la puerpéralité* — spéciale à la femme enceinte, créée par l'état de gestation. Dès que chez l'accouchée le *génie malin*, ignoré et redouté, se manifestait, on voyait éclater des accidents de la plus haute gravité qu'on était le plus souvent incapable de conjurer. Ce qui faisait encore craindre d'une façon extrême l'apparition de cette infection puerpérale, c'était sa facilité presque fatale à se répandre, la persistance dans le temps de ses effets, et l'impuissance presque absolue des praticiens à prévenir sa propagation et à combattre ses ravages.

Actuellement il n'en est plus de même ; sa nature n'est plus un mystère pour nous et l'acquisition de notions pathogéniques précises, a permis au médecin de prévenir l'apparition de cette infection et de lui opposer une thérapeutique souvent efficace.

Les accidents puerpéraux sont des accidents septiques de la même nature que les autres accidents septiques des plaies, et ils sont dus à un agent virulent qui pénètre au niveau des plaies de l'accouchement, plaie utérine, déchirure du col, éraillures du vagin, de la vulve.

Si la femme accouchée, ou même enceinte, possède une susceptibilité toute spéciale à s'infecter, c'est que chez elle les portes ouvertes à l'infection sont largement béantes ; les vaisseaux lymphatiques, canaux vecteurs par excellence

des éléments virulents, les vaisseaux veineux et artériels, considérablement développés par l'hypertrophie gravidique, donnent à toute la région, une exubérance de vitalité favorable à l'évolution des produits pathogènes.

Cette notion de l'infection septique des femmes enceintes s'est fait jour lentement.

Il y a quarante ans Trousseau, il est vrai, assimilait, avec combien de raison, les accidents infectieux puerpéraux aux infections purulentes chirurgicales; mais il faut arriver jusqu'à Pasteur pour avoir la démonstration de la nature même de ces infections et de leur identité avec les accidents septiques des plaies vulgaires. En 1879 Pasteur isole et décrit un microbe de la fièvre puerpérale; l'année suivante Doléris, dans sa thèse inaugurale, continue ses recherches; depuis lors les observateurs ont creusé ce filon; les derniers et les plus complets documents sur ce sujet sont dus à Fernand Widal.

**Étiologie.** — La femme : 1° s'infecte elle-même; 2° est infectée.

1° Cette première cause — l'auto-infection — qui paraît la plus rare, peut-être parce qu'elle est la moins soupçonnée, est très importante à connaître. On y trouvera souvent l'explication d'infections qui surprennent. Une femme atteinte de vaginite septique s'inoculera le microbe qu'elle a cultivé lorsque avec l'accouchement se produiront des plaies génitales. L'auto-infection pourra se produire à la suite de la septicémie de l'œuf. L'infection reste parfois cantonnée pendant un temps plus ou moins long, mais profite de la moindre solution de continuité pour pénétrer dans l'organisme maternel.

2° L'infection venue du dehors, apportée par l'accoucheur, par l'entourage, par les objets au contact de la femme est la plus commune.

Nous avons insisté sur ce mécanisme de l'infection puerpérale à propos de l'*antisepsie en obstétrique* (V. p. 70).

**Symptomatologie.** — Elle est variable suivant la virulence de l'infection, son origine, sa localisation, sa généralisation, etc. La description complète des accidents

septiques puerpéraux est du ressort de la pathologie gynécologique (1).

L'invasion se fait lentement, insidieusement, ou brusquement quelques heures après l'accouchement. Le plus souvent c'est vers le troisième jour qu'apparaissent les signes dénonciateurs de l'affection, élévation de température, malaises accompagnés souvent de frisson; *douleur* dans la région abdominale, nausées, vomissements. Constipation, rétention d'urine fréquentes. En même temps le ventre se ballonne.

L'infection peut être localisée ou généralisée.

A. *Localisée*, elle donne naissance à de l'endométrite, à de la salpingite septiques; elle peut envahir soit d'emblée soit consécutivement les régions qui avoisinent ces organes, et l'on aura de la *péri-méthro-salpingite*, ou un *phlegmon du ligament large*.

Ces différentes affections s'accusent par des signes en rapport avec leur siège : chaleur, douleur, empatement perçus par le palper, par le toucher, et par ces deux explorations réunies.

Elles peuvent évoluer vers la guérison, arriver à la résolution complète : c'est un cas rare ; le plus souvent il reste des exsudats inflammatoires qui s'organisent, modifient les rapports des organes, et constituent une épine inflammatoire longtemps menaçante pour la santé de la femme; c'est là l'origine de la plupart des infirmités génitales qui rendent si misérable l'existence de tant de femmes. Ces foyers inflammatoires peuvent suppurer. La suppuration s'annonce par des frissons, une recrudescence de la température et des phénomènes douloureux; apparaissent ou réapparaissent aussi les phénomènes d'irritation péritonéale, nausées, vomissements, d'abord alimentaires, puis bilieux, verdâtres, fécaloïdes.

Si l'on abandonne l'affection à elle-même, le pus s'ouvre au dehors, dans le vagin, dans le rectum, au-dessus de l'arcade de Fallope; ainsi ouvert, l'abcès peut finir par se

(1) V. *Traité de gynécologie*, par S. Pozzi.

tarir; le plus souvent il persiste une fistule interminable, et l'on voit alors des femmes mourir par hecticité. Parfois aussi le pus s'ouvre dans la grande cavité péritonéale, d'où une péritonite généralisée suraiguë, presque toujours mortelle.

B. L'infection généralisée revêt deux formes : *péritonite totale* — *pyohémie*.

1° L'infection septique peut envahir d'emblée toute la grande cavité péritonéale ou être consécutive à une inflammation d'abord localisée.

La péritonite généralisée d'emblée éclate quelques heures après l'accouchement ou, plus ordinairement, vers le troisième jour.

Un frisson unique, prolongé, une douleur vive dans tout l'abdomen, mais plus particulièrement aiguë du côté d'une ou des deux fosses iliaques, voilà le début. Le ventre se ballonne et par suite de phénomènes réflexes et du refoulement du diaphragme par les anses intestinales distendues par les gaz, la respiration est gênée. Presque dès le début apparaissent les nausées, les vomissements, muqueux, verdâtres, fécaloïdes. Le pouls est dur, petit, filiforme. La constipation est opiniâtre; mais la malade a de fausses envies très pénibles et rend souvent un liquide glaireux. Dans d'autre cas, au contraire, il y a une sorte de diarrhée cholériforme. Les urines sont rares, albumineuses; quelquefois il y a *anurie*. Les traits sont tirés, le nez pincé, les yeux se creusent et se cerclent, la langue est sèche; la peau perd sa tonicité et les plis qu'on y fait se déplissent lentement, avec peine.

La douleur s'amende ou plutôt la femme, qui conserve sa connaissance, cesse de se plaindre aussi vivement; elle prétend même aller mieux; puis elle est prise de somnolence, peu à peu tombe dans le coma et meurt.

La terminaison fatale arrive en moyenne de quatre à six jours après l'invasion.

2° On a quelquefois distingué la *pyohémie* et la *septicémie puerpérale*: c'est au fond la même chose.

Ici rien du côté des régions maternelles. Vers le troisième jour, rarement après le dixième, la femme est subi-

tement prise de frisson; avec élévation de la température, sueurs profuses. Pourtant l'état général s'amende, mais la température reste élevée. Une nouvelle crise éclate pour se terminer comme la première. Mais bientôt survient un état fébrile continu; la femme maigrit, a de la diarrhée fétide, son état général est mauvais et apparaissent des manifestations métastatiques, abcès articulaires cutanés, pneumonies septiques, pleurésie purulente, myocardite, abcès du foie, des reins, du cerveau.

Ces *localisations* s'observent dans les formes à marche lente, mettant deux ou trois mois à évoluer: c'est ce que Widal appelle *l'infection purulente chronique*.

Mais cette infection peut revêtir une allure *foudroyante* sans localisations évidentes (elles n'ont pas le temps de se manifester) et tuer la femme en quelques jours.

**Diagnostic.** — L'élévation de la température, le frisson, la douleur, sont les trois principaux signes — le premier surtout — qui doivent faire soupçonner une infection puerpérale.

On se rappellera que dans certains cas d'accouchements laborieux, après des interventions, surtout chez des femmes nerveuses, il se produit, par voie réflexe, une sorte de paralysie intestinale, d'où ballonnement du ventre, tympanisme; on observe, dans ces cas, de la constipation et même quelquefois des vomissements et de la gêne de la respiration. Mais la température ne monte pas, le pouls est calme, il n'y a pas eu de frisson, le ventre n'est pas réellement douloureux; il faut être mis en garde contre une certaine sensibilité du ventre que quelques femmes accusent ou exagèrent.

Dans le cas où l'on constaterait une élévation de la température, on doit songer à d'autres affections qui peuvent en être la cause: les inflammations du sein, les plaies vulvaires; quelques affections générales, fièvre typhoïde, scarlatine, poussées aiguës de tuberculose survenant chez des accouchées.

On ne confondra pas la septicémie foudroyante avec une *granulie*, la septicémie chronique avec l'hecticité d'une tuberculose avivée par l'état gravidique.

La constipation opiniâtre fait souvent monter le thermomètre de 1 à 2 degrés. On devra donc se renseigner avec soin sur l'état des évacuations.

**Pronostic.** — Le pronostic est sous la dépendance surtout de la localisation de l'infection septique, de sa rapidité d'invasion et aussi de la bonne thérapeutique qui lui est opposée.

La péritonite généralisée, la pyohémie, sont extrêmement graves et ont été considérées jusqu'ici comme presque fatalement mortelles. Pourtant dans ces dernières années, des tentatives nouvelles de traitement ont donné quelques bons résultats.

Le pronostic des infections localisées est aussi variable, suivant la virulence de l'affection et sa marche. En général, plus l'affection s'installe lentement, plus le pronostic est favorable, car, dans ces cas, une intervention opportune peut beaucoup pour influencer heureusement l'évolution de ces accidents.

**Traitement.** — *Prophylaxie.* — On ne saurait trop insister sur le traitement prophylactique. La scrupuleuse observance de l'antisepsie et de l'asepsie, dans le traitement de toutes les plaies consécutives à l'accouchement, plaie utérine, plaie du col, éraillures vaginales, vulvaires, périméales (et nous insistons sur ces trois dernières qu'on néglige parfois trop lorsqu'elles sont minimes) est la meilleure garantie contre ces infections qui doivent disparaître des suites de couche (V. *Asepsie et Antisepsie en Obstétrique*, p. 69).

*Traitement curatif.* — Deux cas peuvent se présenter : l'inflammation septique est localisée ou elle revêt l'allure d'une infection généralisée.

A. Il faut, dès qu'apparaissent les signes d'une inflammation septique, rechercher la porte d'entrée de l'infection, vulve — vagin — utérus, et traiter antiseptiquement avec un soin minutieux la plaie infectée et infectante. Quand il s'agit de la vulve ou du vagin, l'indication est assez simple à remplir : lavages, pansements antiseptiques sont faciles à faire.

Quand l'infection aura son foyer dans l'utérus, il faudra pratiquer tout d'abord avec soin des injections intra-utérines antiseptiques.

Si assez rapidement la température ne descend pas, on aura recours à l'irrigation utérine continue, surtout préconisée en France par Pinard et Varnier.

On pratique l'irrigation continue à l'aide d'une sonde intra-utérine en étain ou en argent, qui communique par un long tube en caoutchouc avec un vase de 15 à 20 litres de capacité placé à environ 50 centimètres au-dessus du plan du lit. Sur le tube est placé un robinet qui permet de régler le débit. La sonde est fixée, à l'aide de fils de soie passés dans des œillets, à un bandage de corps.

Le lit sur lequel repose la femme doit être préparé d'une façon spéciale.

On place bout à bout, deux matelas dont les extrémités se regardent. Ces matelas sont recouverts d'une toile imperméable; l'interstice est ainsi transformé en gouttière qui conduira le liquide de l'irrigation dans un récipient placé sous le lit. On fait d'abord passer 2 ou 3 litres d'une solution de bi-iodure à 1/4000, à laquelle on substitue pour l'irrigation continue une solution phéniquée à 1/1000. Dès que les urines deviennent un peu noirâtres, on la remplace par une solution boriquée à 30/1000.

Cette méthode donne d'excellents résultats. Si au bout de vingt-quatre heures la température reste encore élevée, Pinard et Varnier conseillent d'avoir alors recours au curettage. La plupart des accoucheurs attendent, avant d'opérer deux ou trois jours, les effets heureux du lavage continu intra-utérin. Il faut enfin pour se décider tenir compte de l'évolution des accidents, de l'état de la femme.

Au curettage quelques accoucheurs substituent l'écouvillonnage.

Sur l'abdomen, et plus particulièrement au niveau de la région douloureuse, on appliquera une ou deux poches remplies de glace, suspendues au ciel du lit ou au plafond par une ficelle. La poche sera en caoutchouc ou formée par

un morceau de taffetas gommé, ou bien encore par une vessie de porc. Il est bon d'interposer entre la vessie et la peau une lame de flanelle. Il *est essentiel* que l'application glacée soit continuée sans interruption, et qu'on veille avec un soin minutieux à remplacer la glace avant qu'elle ne soit toute fondue. Négliger cette précaution serait rendre illusoire ce traitement.

On veillera à l'évacuation urinaire souvent entravée, et on la fera suivre d'un lavage à l'eau boriquée.

Si besoin est, on donnera avec précaution un lavement à l'aide d'un bock. Antisepsie intestinale avec du benzo-naphthol.

Contre les vomissements, faire sucer des morceaux de glace, donner la potion de Rivierre.

Opium sous forme d'extrait thébaïque.

Dès que l'on aura des signes de suppuration du foyer, on pratiquera son évacuation, soit par le vagin, s'il prédomine de ce côté, soit, en pratiquant la *laparotomie sous-péritonéale de S. Pozzi* : incision parallèle à l'arcade de Fallope, comme pour la ligature de l'iliaque externe; on décolle le péritoine, on le soulève, on arrive sur la collection purulente, et on draine par l'abdomen; si besoin est, on ajoute un drainage vaginal.

Si l'infection est généralisée, on emploiera la glace, l'opium, comme il a été dit; mais cette médication est insuffisante. Il faut avoir recours aux grands moyens et on a utilisé dans ce but la *laparotomie*, — la *sérothérapie*, — le *lavage du sang*.

*Laparotomie*. — Bouilly est l'un des premiers chirurgiens qui l'ait pratiquée en France; sur six péritonites généralisées ainsi traitées, il a eu deux succès. Il ne faut pas oublier qu'il s'agit de cas à peu près désespérés.

Incision rapide de l'abdomen de six centimètres environ; ouverture du péritoine avec précaution. On introduit alors dans la plaie une canule en verre qu'on guide avec les doigts; la canule communique par un tube avec un bock à injection. On fait d'abord passer 2 litres d'eau stérilisée, puis de l'eau sublimée à 1/5000 et on termine par un nouveau lavage à

l'eau pure. Le premier et le dernier lavage ont pour but de diminuer l'absorption. On cesse le lavage quand l'eau ressort claire.

Drainage large par le cul-de-sac de Douglas. Suture de la paroi abdominale; pansement abdominal; bourrage iodoformé du vagin.

Il importe de conduire l'opération rapidement.

Le succès de l'opération dépend beaucoup de sa précocité.

*Sérothérapie*. — Les infections puerpérales étant causées par le *streptocoque*, on a cherché un *sérum anti-streptococcique* jouissant des mêmes propriétés curatives que le sérum de Roux-Behring vis-à-vis de l'infection diphtérique. Un élève de Pasteur, Marmorek, a, en 1895, présenté un sérum anti-streptococcique.

Charrin et Roger ont réclamé la priorité de la recherche, de la découverte et de l'application du sérum anti-streptococcique. Sur 12 cas traités par son sérum, Roger aurait eu 11 succès.

Il injecte par jour des doses de 30 à 40 centimètres cubes de sérum, doses qui peuvent même être dépassées.

Roger ne proscrit pas l'emploi des lavages antiseptiques, tandis que Marmorek y est opposé; d'après cet auteur, il y a antagonisme absolu entre la sérothérapie et l'antisepsie.

La valeur de cette méthode n'est pas définitivement connue, mais l'opinion des accoucheurs semble lui être, pour l'instant, défavorable, et il ne paraît pas douteux qu'entre la méthode antiseptique qui a fait ses preuves et la sérothérapie dont les résultats sont au moins incertains, il ne faille se prononcer — pour le moment — en faveur de la première.

Enfin l'action du sérum sur le rein serait nuisible, fait important chez les albuminuriques (1).

*Injection de sérum artificiel*. — *Lavage du sang*. — Le lavage du sang dans les infections, préconisé et expérimenté en 1889 par MM. Dastre et Loye, employé aupara-

(1) Bar, Boissard, Budin, Bué. — Société obstétricale de France, avril 1896.

vant dans la fièvre typhoïde et tout spécialement dans le choléra, par M. Hayem, qui, à Saint-Antoine, traita systématiquement ainsi ses malades lors de l'épidémie de Paris de 1884, a été appliqué à la cure des infections à streptocoque. La simplicité, l'innocuité de la méthode, ses résultats encourageants — surtout dans les cas où le rein est intact — la rendent particulièrement recommandable.

Deux voies peuvent être employées :

1° La voie intra-veineuse ;

2° La voie sous-cutanée.

La première sera préférée lorsqu'on voudra agir vite, et dans les cas très urgents, il est bon d'associer les deux procédés : procédé interstitiel, procédé intra-veineux.

Le liquide à employer est de composition simple. On peut se servir de la formule de Hayem :

Chlorure de sodium pur . . . . .	5 grammes.
Sulfate de soude pur . . . . .	40 —
Eau distillée . . . . .	1 litre.

Il est essentiel que le liquide soit bien stérilisé. Si la solution est préparée d'avance par un pharmacien, elle sera stérilisée à l'autoclave ; mais avant de s'en servir le praticien fera bien de la soumettre à une nouvelle stérilisation en plaçant le ou les flacons, pendant une demi-heure, dans un bain-marie additionné d'une poignée de sel de cuisine.

Si le praticien n'a pas une solution toute prête, il peut — s'il faut agir sans tarder — en préparer une en faisant bouillir soigneusement son eau ; il aura soin aussi de flamber à l'alcool le ou les flacons à solution et d'en faire bouillir le bouchon.

Il est nécessaire d'avoir *au moins* 1 litre 1/2 de solution à sa disposition pour un lavage ; or, il ne faut pas oublier que ce lavage a besoin d'être renouvelé.

La température du liquide, au moment de s'en servir, doit être de 38 à 40 degrés.

L'*instrumentation* est des plus simples. On se sert d'un bock à injection muni d'un tube en caoutchouc armé de l'aiguille Dieulafoy, n° 2. Pour les injections intra-veineu-

ses on peut utiliser une simple canule en verre à pointe fine (Lejars).

Au bock on pourrait préférer un flacon à deux tubulures dont la tubulure supérieure serait obturée d'un petit tampon de ouate.

Tout l'appareil est stérilisé par ébullition.

Le *manuel opératoire* varie suivant qu'on pratique une injection veineuse ou une injection sous-cutanée.

L'*injection veineuse* doit être faite sous pression modérée. Un aide soulève le bock et pince le tube en caoutchouc pour empêcher le liquide de s'écouler.

La veine médiane céphalique est rendue saillante par la compression du bras exercée par un aide ; la veine est dénudée par une courte incision parallèle à sa direction, liée (Lejars), puis ouverte au-dessus de la ligature. La ligature n'est pas indispensable. On laisse couler le liquide pour bien purger l'appareil, et on introduit la canule de bas en haut dans la veine. L'introduction de la canule est facilitée par une pince qui maintient béante l'ouverture de la plaie veineuse. On cesse la compression du bras avant que le récipient ne soit tout à fait vide, on pince le tube et on retire la canule si l'injection est jugée suffisante, ou l'on rajoute de la solution si le lavage ne paraît pas assez complet.

L'injection terminée, on met un point de suture sur la plaie et on panse.

Si l'on est obligé de faire une nouvelle injection on découvre le segment immédiatement supérieur pour procéder comme devant.

La quantité moyenne de liquide à injecter chaque fois est de 1,000 à 1,500 grammes.

On a injecté jusqu'à 5 litres.

On peut être obligé de renouveler deux, trois, quatre fois dans la journée cette injection.

Le liquide pénètre ordinairement avec facilité et les malades se rendent bien compte de la pénétration. L'injection n'est en général pas douloureuse ; parfois la patiente se plaint, vers la fin, d'un peu de dyspnée.

L'injection sous-cutanée se pratique à l'aide du même appareil et suivant les précautions ordinaires employées lors d'injections interstitielles.

Il faut choisir une région à tissu cellulaire abondant et enfoncer profondément l'aiguille. L'injection est beaucoup plus longue à pénétrer.

On injecte ainsi 4 à 500 grammes de solution qu'on répète au besoin. On peut facilement faire absorber 1,500 à 2,000 grammes de liquide par le tissu cellulaire en vingt-quatre heures (1).

#### PHLEGMATIA ALBA DOLENS

Une phlébite oblitérante peut apparaître dans l'un ou dans les deux membres inférieurs de la femme accouchée, constituant la *phlegmatia alba dolens* des suites de couches actuellement considérée comme une manifestation tardive et atténuée de l'infection puerpérale; Widal a montré que le streptocoque de l'infection puerpérale charrié par le sang vient irriter l'endothélium, provoquer une inflammation de la paroi et amener par suite la formation d'un caillot.

**Symptômes.** — La phlegmatia survient très exceptionnellement chez une femme à la suite de couches normales, mais les symptômes infectieux sont quelquefois très atténués et la courbe thermique peu élevée.

Pinard a signalé comme signes précurseurs, des douleurs d'épaule, des points de côté, des crachats hémoptoïques dus à de toutes petites embolies. Puis brusquement survient une douleur, au niveau de la région où s'est fait le caillot, et c'est en général au niveau d'une fosse iliaque, du creux

(1) Lejars, *Presse médicale*, 1<sup>er</sup> janvier 1896. Société de biologie, mai 1896.

Jaylè, *Presse médicale*, 4 janvier 1896.

S. Pozzi, Michaux, Monod, Société de chirurgie, décembre 1895 et janvier 1896.

Ces injections sont les mêmes que celles qu'on emploie lors d'hémorragies graves. On obtient dans ces cas des résultats appréciables, même avec des doses faibles, 40 à 50 grammes (Segond).

poplité, du mollet. La douleur est de caractère variable — sourde ou aiguë; elle s'accroît par la pression, par les provocations de mouvements.

On voit alors apparaître rapidement de l'œdème commençant en général par l'extrémité du membre pour l'envahir tout entier; œdème blanc, lisse, rarement rosé. L'œdème est plus ou moins dur, plus ou moins mou suivant l'intensité du gonflement; à la palpation — faite très doucement — on reconnaît, à la douleur provoquée, et aux nodosités appréciables par le doigt, le trajet du tronc oblitéré. L'articulation du genou contient assez souvent du liquide.

La température est un peu plus élevée, de quelques dixièmes, que la normale. Si la courbe thermique monte brusquement, c'est que survient une complication, probablement un envahissement phlébitique de l'autre côté.

La phlegmatia à marche commune disparaît en un mois, six semaines. Parfois apparaissent des complications, des poussées lymphangitiques, quelques points de sphacèle, des phlegmons.

Dans quelques cas, à la phlegmatia survit un espèce d'œdème chronique; on observe aussi, consécutivement, des névralgies rebelles, des raideurs articulaires, des atrophies musculaires.

Comme complication, il faut enfin citer la mort subite à la suite d'embolie, par syncope; dans quelques cas elle survient par asphyxie, due à des infarctus pulmonaires.

Le **diagnostic** est facile; on ne confondra pas en effet la *phlegmatia alba dolens* avec l'œdème péri-malléolaire qu'on observe quelquefois chez les femmes les premières fois qu'elles reprennent la position verticale, œdème qui disparaît au lit; on la distinguera aussi, avec un peu de soin, de l'œdème des femmes albuminuriques.

Le **pronostic** est actuellement infiniment moins sérieux qu'autrefois. Il ne faut pourtant pas perdre de vue la possibilité de quelques accidents graves, et surtout de la terrible surprise de laquelle aucun accoucheur n'est à l'abri — la mort subite.

Le **traitement** est tout d'abord un traitement préventif :

soins antiseptiques — condamnation des accouchées à un repos sévère et prolongé. C'est souvent lors de levers prématurés, vers le quinzième jour, qu'apparaît la phlegmatia.

Quand la maladie est constituée repos absolu avec enveloppement ouaté.

C'est généralement vers le quarantième jour après la cessation des accidents fébriles qu'on permettra à la femme de se lever. Mais il n'y a là qu'une indication générale que peut faire modifier l'observation de la malade.

## LIVRE X

### DE L'ENFANT

#### CHAPITRE PREMIER

##### SOINS APRÈS LA NAISSANCE

###### PRÉCAUTIONS PRÉLIMINAIRES

Il est nécessaire d'avoir :

De l'eau chaude et une petite baignoire ou bien un vase assez grand pour en tenir lieu.

Des éponges ou mieux des tampons de ouate hydrophile et des serviettes fines.

Du savon et de la vaseline salolée ou boriquée.

Un paquet de ouate hydrophile, de la poudre d'amidon ou de lycopode, des épingles à maillot.

Une solution boriquée à 30/1000, de la poudre d'iodoforme très finement porphyrisée ou à son défaut un citron pour les yeux.

Une pince, une plume, un insufflateur en cas d'asphyxie.

Les vêtements de l'enfant désignés sous le nom de *maillot*.

Le *maillot français* se compose d'une chemisette et d'une brassière, d'une couche, et de langes en laine et coton ou en laine, enfin d'un bonnet, d'un fichu et de chaussons.

Le *maillot anglais* est composé d'une chemisette et d'une brassière munie en arrière de boutons pour fixer une couche qu'on rabat et replie en avant en entourant chaque jambe, leur formant ainsi une espèce de culotte; enfin une longue robe cache-maillot se prolonge sur l'abdomen et les membres inférieurs. Pas de bonnet.

Le *maillot français* est préférable pendant les premiers jours, quand il fait froid, que l'enfant a une tendance à se