

devra lui être exclusivement réservé, et ne pas être mélangé avec celui servant dans les services de médecine et de chirurgie, ou, s'il est commun, le passage à l'étuve sera une bonne précaution. Dans la clientèle de la ville, ces recommandations sont moins importantes, à moins qu'une maladie récente ait pu contaminer le linge, dont l'accouchée doit se servir.

4° ACCOUCHEUR, SAGE-FEMME, GARDE.

Propreté du corps et propreté du vêtement sont indispensables pour toute personne qui soigne une puerpérale.

Un vêtement, qui aura été porté dans une pièce où se trouvaient une affection contagieuse quelconque, un cadavre, des débris en putréfaction, ne devra jamais approcher une accouchée, à moins de désinfection préalable à l'étuve. Le médecin aura aussi à se méfier des taches de sang, de liquide amniotique ou autres qui, souillant son vêtement, peuvent le rendre septique.

Je n'ai pas à insister sur la propreté du corps et sur les détails de toilette, dont on devinera facilement l'importance surtout pour la femme, appelée à donner ses soins à l'accouchée. — L'antisepsie des mains doit particulièrement être rigoureuse; les ongles seront courts, le sillon unguéo-digital irréprochable. Avant tout examen génital, les mains devront être lavées, frottées, savonnées avec la brosse à ongles, et baignées dans un liquide antiseptique (préférer ici la solution de bichlorure de mercure au $\frac{1}{1000}$); — on pratiquera le toucher le doigt imbibé de cette solution antiseptique et enduit de vaseline.

Un médecin, qui vient de soigner une affection contagieuse, une septicémie puerpérale, d'ouvrir un abcès, de faire une autopsie, de toucher un cancer, peut-il sans inconvénient assister une accouchée? — Quelques auteurs ont jugé nécessaire d'imposer une véritable quarantaine (WINCKEL, 15 jours; ZWEIFEL, 8; SCHROEDER, 2). Mais, en général, on pense aujourd'hui qu'il suffit à un médecin de changer complètement de linge et de vêtement¹, de prendre un grand bain, suivi d'un lavage minutieux des mains, afin de pouvoir, sans danger pour une parturiente ou une accouchée, continuer la pratique de son art.

Tout accoucheur affecté d'une suppuration quelconque (abcès périostique, ganglionnaire, otite suppurée, etc.) devra se résigner à ne pas exercer jusqu'à guérison, sous peine de voir, comme cela est arrivé il y a peu de temps à un médecin américain, atteint de coryza chronique, la plupart de ses clientes frappées de septicémie.

5° INSTRUMENTS.

Tout instrument entrant au contact des organes génitaux de la femme doit être rigoureusement aseptique.

Pour les instruments métalliques (forceps, embryotome, sondes, etc.), on pourra, soit les plonger pendant un quart heure environ dans de l'eau maintenue bouillante, soit les flamber en les faisant passer dans la flamme d'une lampe à alcool; sinon les savonner et les frotter avec une solution antiseptique (n'employer le bichlorure de mercure que dans le cas où ils sont

¹ Les vêtements devront être passés à l'étuve ou soumis à une vaporisation antiseptique, et le linge lavé avant d'être remis en usage.

nickelés, sans quoi le métal serait atteint par cet agent antiseptique), mais ce moyen est moins bon que les précédents. L'usage de l'étuve sèche est à conseiller pour les maternités.

Pour les instruments en gomme, en caoutchouc, en celluloïde, en verre (sondes, canules, etc.), autant que possible ne faire usage que d'objets neufs, ou les laisser tremper pendant une demi-heure au moins dans une solution antiseptique forte (acide phénique au $\frac{1}{30}$, bichlorure de mercure $\frac{1}{500}$).

6° FEMME.

Jusqu'à présent, il n'a été question que du traitement préventif de la septicémie puerpérale; nous allons aborder le traitement curatif, en complétant ce qui a trait au préventif.

A. Grossesse.

Nous avons vu (p. 206) les soins antiseptiques à prendre pendant la grossesse. Dans le cas d'hémorragie génitale (placenta prævia), d'écoulement purulent abondant (vaginite granuleuse), de végétations, de macération fœtale, il faudra redoubler de précautions et avoir recours à des injections et toilettes régulières. A moins de complication rénale, on donnera pendant la grossesse la préférence au bichlorure de mercure, car à ce moment les chances d'absorption par les plaies génitales (non encore produites) n'existent pas.

B. Travail.

Les soins antiseptiques à donner pendant le travail ont déjà été indiqués (p. 296). Comme durant la grossesse, ces précautions seront exagérées en présence d'un état pathologique.

C. Délivrance.

Pendant la délivrance, s'abstenir autant que possible du toucher, et d'une façon générale, de toute exploration des organes génitaux.

Après la délivrance, faire une toilette :

Vulvaire, si tout a été normal, et qu'on ne peut avoir aucun doute sur l'asepticité des organes génitaux.

Vulvo-vaginale, dans le cas contraire.

Enfin *vulvo-vagino-utérine*, si un état pathologique quelconque (macération, putréfaction fœtale, placenta prævia, etc.), ou une intervention (forceps, version, délivrance artificielle), fait croire que quelque élément septique a pu pénétrer jusque dans la cavité utérine.

A ce moment, il ne faut plus avoir recours au bichlorure de mercure¹, à

¹ Le bichlorure de mercure (solution à 1/4000) est le meilleur antiseptique, et on devra y avoir recours le plus souvent possible. Les deux contre-indications formelles sont :

L'anémie grave post-hémorragique contre-indique également l'emploi des préparations hydrargyriques;

L'état pathologique des reins (albuminurie, éclampsie);

Les lésions récentes de la surface génitale (ne jamais l'employer de suite après l'accouchement à cause de la presque constance des plaies à ce moment).

cause des nombreuses plaies qui sillonnent la surface génitale et qui rendent l'absorption facile, mais à l'acide phénique (solution au $\frac{1}{50}$) ou à l'acide borique (solution $\frac{1}{100}$).

D. Postpartum

Pendant le postpartum, trois circonstances peuvent se présenter : — ou l'état normal — ou il y a menace de septicémie — ou enfin la septicémie s'est déclarée.

1° ETAT NORMAL. — Les toilettes vulvaires sont suffisantes, à moins qu'une raison quelconque ne fasse douter de l'asepticité des organes génitaux, auquel cas on aura recours aux injections vaginales, 1 à 2 par jour, avec une solution phéniquée ($\frac{1}{50}$) ou boriquée ($\frac{3}{100}$). Ces injections devront être faites par le médecin lui-même ou par une garde intelligente, qui sache éviter la pénétration de l'air et respecter, en les comprenant, les règles de l'antiseptie.

2° MENACE DE SEPTICÉMIE. — Toutes les fois qu'il y a :

- Rétention d'une partie des annexes (placenta, membranes ovulaires) ;
- Céphalalgie ;
- Fétidité des lochies.

Il faudra redouter l'apparition de la septicémie et prendre les mesures nécessaires pour empêcher son éclosion.

On pratiquera, en pareil cas, des injections vaginales fréquentes, deux à quatre par vingt-quatre heures, avec un ou deux litres de solution phéniquée au $\frac{1}{100}$.

Si les lochies sont fétides et que, malgré les toilettes vaginales répétées, l'odeur persiste, il faudra recourir aux *injections intra-utérines* ; j'indiquerai dans un instant le manuel opératoire de ces injections, qu'on répétera une à deux fois par jour jusqu'à retour à l'état normal.

3° SEPTICÉMIE DÉCLARÉE. — Aussitôt la septicémie déclarée, c'est-à-dire après l'apparition des frissons et de la fièvre, la thérapeutique est à peu près la même dans toutes les formes, sauf la mammaire, qui d'habitude atténuée ne nécessite que des soins locaux, et sauf les formes spéciales¹, dont il ne sera pas question ici.

L'indication est triple :

- A. Débarrasser la surface génitale des microbes, *médication génitale.*
- B. Empêcher la pénétration des microbes dans l'économie, *médication abdominale.*
- C. Aider l'organisme dans sa lutte. *médication générale.*

A. **Médication génitale.** — Dans les cas où la septicémie est nettement d'origine vulvaire (ulcération anfractueuse à ce niveau avec écoulement sanieux), on pourra se contenter de lavages vulvaires et vaginaux, faits de

¹ Voir les chapitres où sont traités l'allaitement, la cystite, la néphrite, la phlegmatia alba dolens.

deux à quatre fois par jour, soit avec de l'acide phénique au $\frac{1}{50}$, soit avec du bichlorure de mercure au $\frac{1}{3000}$ (car les plaies n'étant pas récentes n'ont qu'un faible pouvoir absorbant), saupoudrer la vulve avec de l'iodoforme,

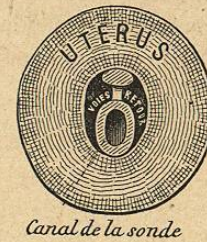


Fig. 307. — Sonde intra-utérine de M. Auvard.

après avoir surveillé l'écoulement au dehors de la solution mercurielle¹.

Mais, le plus souvent, il faut assurer l'asepsie intra-utérine à l'aide d'injections portées jusque dans la cavité de la matrice. L'importance de cette

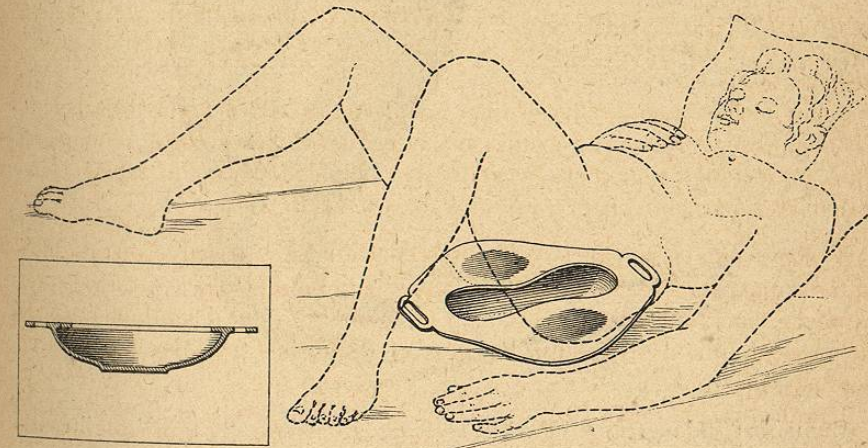


Fig. 308. — Bassin métallique (forme violon) pour irrigation vaginale.

toilette utérine est capitale et mérite qu'on s'y arrête. Je décrirai successivement l'injection *intra-utérine-classique*, puis les perfectionnements que je crois nécessaires pour donner à cette injection toute l'efficacité désirable ; *injection intra-utérine perfectionnée*.

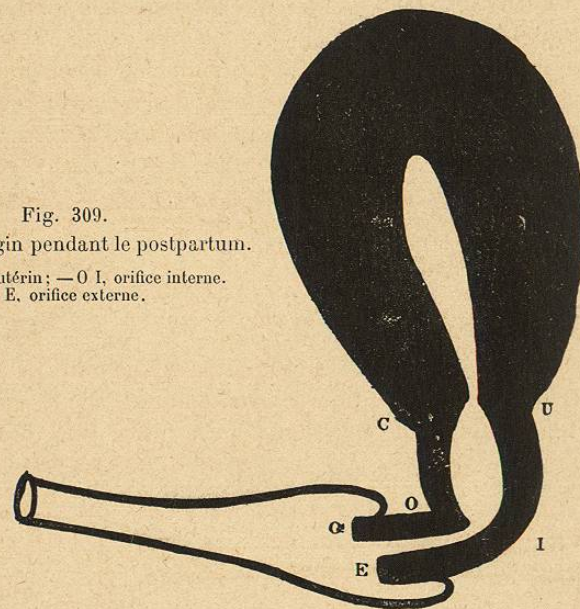
¹ Il est important de ne pas laisser de solution de bichlorure de mercure en contact avec l'iodoforme à la surface des tissus, car le contact de ces deux corps donne naissance à des composés toxiques, dont l'absorption pourrait causer des accidents.

a. *Injection intra-utérine classique.* — La meilleure sonde¹ à cet usage est celle représentée par la figure 307², que j'ai récemment fait construire pour cet usage.

Le liquide pénètre par le conduit, qui parcourt la sonde dans toute sa longueur. Le retour du liquide est assuré par la disposition de la sonde qui porte un éperon supérieurement; cet éperon, en écartant la paroi utérine, assure au liquide un double canal de retour.

La femme est laissée couchée dans sa position habituelle, un bassin est glissé sous le siège; celui représenté par la figure 308 est des plus commodes à cet usage. Après avoir nettoyé la vulve et le vagin, on amorce la sonde adaptée au tube de caoutchouc d'un injecteur (p. 294), puis l'extrémité préalablement ointe de vaseline est dirigée sur le doigt indicateur de l'une ou l'autre main, à travers le vagin jusqu'à l'orifice externe de l'utérus. A partir de ce moment, l'instrument est poussé de l'extérieur dans la direction supposée du canal utérin.

Fig. 309.
Utérus et vagin pendant le postpartum.
C U, cercle utérin; — O I, orifice interne.
O E, orifice externe.



Quand la sonde a franchi l'orifice externe, elle rencontre à 3, 4 ou 5 centimètres un premier obstacle, qui est l'orifice interne, en voie de réformation. L'obstacle est constitué moins par l'étranglement de l'orifice que par l'angle formé par la paroi utérine (fig. 309).

Après ce premier obstacle, en surgit bientôt un second, à quelques centimètres plus loin: c'est le cercle utérin; quand il est franchi, la sonde arrive sans difficultés au fond de l'utérus.

On peut donc dire que le cathétérisme de l'utérus postpartum se fait en trois

¹ Il existe un très grand nombre de sondes intra-utérines, dont plusieurs sont très ingénieuses; je regrette que le manque de place m'empêche de les présenter au lecteur.

² Préférer la sonde en métal à celle en celluloïde.

temps; 1^{er} temps, pour la cavité cervicale (de l'orifice externe à l'orifice interne); 2^o temps; pour le segment inférieur (de la limite précédente au cercle utérin); 3^o temps; pour le segment supérieur, du cercle utérin au fond de l'utérus).

Quand la sonde a pénétré jusqu'au fond de l'utérus, on laisse couler le liquide en quantité variable; il est bon de faire passer deux litres environ de solution antiseptique (solution phéniquée à $\frac{1}{300}$, ou de solution sublimé à $\frac{1}{1000}$)¹.

Si l'on veut injecter une plus grande quantité de liquide, il faut placer la femme en travers du lit, une toile cirée sous le siège tombant dans un seau.

b. *Injection intra-utérine perfectionnée.* — On peut adresser à l'injection utérine classique trois objections:

1^o La sonde est souvent difficile à introduire à cause des obstacles créés par l'orifice interne (coude de l'utérus à ce niveau) et par le cercle utérin, parfois même impossible à faire pénétrer. Aussi bien des médecins, même parmi les expérimentés, s'arrêtent-ils à l'orifice interne ou au cercle utérin;

2^o La direction courbe du canal génital, incomplètement corrigée par la sonde, gêne le retour du liquide;

3^o Le simple contact du liquide ne suffit pas pour nettoyer complètement la surface utérine, le frottement d'un corps solide est indispensable à cet effet².

Pour remédier à ces divers inconvénients, je me sers de la curette irri-

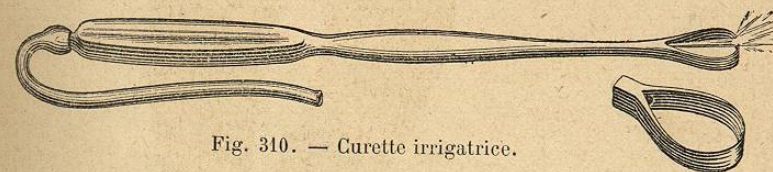


Fig. 310. — Curette irrigatrice.

gatrice représentée par la figure 310, curette percée dans toute sa longueur d'un canal, qui permet l'arrivée du liquide antiseptique. (Cette curette est notablement plus longue que celle en usage pour la gynécologie.) L'anneau



Fig. 311. — Pincettes à griffes.

terminal est tranchant d'un côté et mousse de l'autre; on peut se servir pour le frottement de l'un ou l'autre côté. La malléabilité de l'instrument donne la faculté de modifier à volonté sa courbe terminale.

¹ Pendant les trois jours qui suivront l'accouchement, mieux vaut employer l'acide phénique, l'absorption étant encore possible vu l'état récent de la plaie placentaire; après trois jours on emploiera avec plus de succès le sublimé dont l'action est plus énergique; on commencera l'injection avec le sublimé pour la terminer avec l'acide phénique.

² Voir mes *Travaux d'obstétrique*, t. I^{er}, p. 433.

Pour pratiquer avec la curette irrigatrice le nettoyage de la cavité utérine, on procède de la façon suivante :

La femme étant placée en position obstétricale, après toilette vulvaire et vaginale, on saisit, sous la conduite de l'index, la lèvre antérieure du col et au besoin la postérieure à l'aide de pinces à griffes.

On abaisse l'utérus en attirant la lèvre antérieure saisie, et en faisant appuyer sur le fond de l'organe par un aide.

Quelquefois on obtient de la sorte un abaissement suffisant, le col arrivant à quelques millimètres de l'orifice vulvo-vaginal ; sinon on applique une seconde pince sur la lèvre postérieure et on aboutit ainsi au résultat désiré.

On fait alors pénétrer dans l'utérus la curette irrigatrice, préalablement purgée d'air, en la guidant sur l'index de la main droite.

Puis, suivant l'intensité du raclage qu'on veut opérer, on frotte sur la surface utérine de haut en bas, soit avec le côté mousse, soit avec le côté tranchant de l'instrument. On fait ainsi tout le tour de la cavité du corps utérin, ensuite on procède de même dans la cavité cervicale. Le curage d'un utérus puerpéral doit toujours être fait avec la plus grande douceur, il faut se garder d'employer la force qu'on déploie dans les cas d'endométrite en dehors de la puerpéralité. En terminant, on laisse écouler, sans retirer la curette, une assez grande quantité de liquide (deux à trois litres), pour compléter le net-

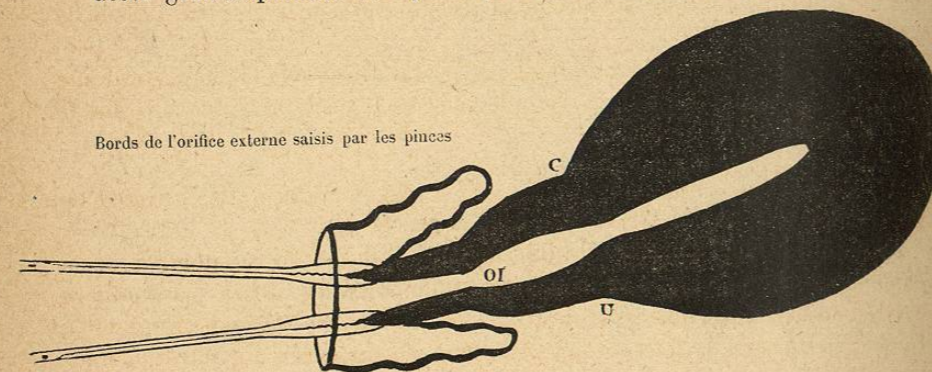


Fig. 312. — Utérus attiré à la vulve à l'aide de pinces à griffes.
C U, cercle utérin. — O I, orifice interne.

toyage de la cavité utérine, et assurer le départ de tous les débris détachés. Le nettoyage utérin fait de la sorte, outre qu'il assure l'asepsie complète, présente un double avantage :

1° Celui de faciliter la pénétration de l'instrument jusqu'au fond de l'utérus, car en attirant le col on redresse la courbe du canal utérin, on déplisse la paroi qui le forme, et la curette est sans aucune peine conduite à travers les obstacles existant avant l'abaissement et actuellement disparus ;

2° Celui de rendre plus aisé le retour du liquide et d'empêcher ainsi la pénétration dans le péritoine à travers les trompes. Le même motif, qui alors facilitait l'entrée de l'instrument, fait que le reflux du liquide ne rencontre plus d'obstacles : le canal utérin redressé et allongé présente, ainsi

que l'indique la figure 312, une voie unie régulière, il n'y a plus ni coude ni angle formant soupape, et, sans sonde à double courant, le passage de retour est assuré.

L'injection intra-utérine classique, copieusement faite, suffira dans un certain nombre de cas pour assurer l'asepsie de l'utérus ; elle m'a réussi comme à beaucoup d'accoucheurs ; je crois cependant *plus prudent* de recourir d'emblée à l'injection intra-utérine perfectionnée, telle que je viens de la décrire¹.

Quel que soit le moyen qu'on emploie pour laver la cavité utérine, il faut savoir que, pendant l'injection même, des accidents de suffocation, de syncope, voire même de mort subite peuvent survenir. Ces accidents ont été attribués par les uns à la pénétration du liquide par les trompes jusque dans le péritoine, par les autres à la pénétration dans les veines utérines et par leur intermédiaire dans la circulation générale, enfin par d'autres à un réflexe dont le point de départ serait à la surface de l'utérus. Les expériences de TISSIER² sont en faveur de la pénétration dans les veines, et c'est en effet la pathogénie qui semble la plus rationnelle à admettre. En tout cas, pour éviter ces accidents il faudra :

1° Injecter un liquide très faiblement antiseptique ; l'eau bouillie sera même parfois suffisante ;

2° Faire pénétrer le liquide lentement dans la cavité utérine, en n'élevant pas le vase qui contient le liquide à plus de 50 centimètres au-dessus de l'utérus ;

3° Assurer la sortie du liquide hors de l'utérus, soit en employant une sonde à double courant ; soit, ce qui me semble préférable, en attirant le col au voisinage de la vulve.

B. Médication abdominale. — Deux moyens : *glace sur le ventre* ou *large vésicatoire*.

La glace est préférable ; on l'enferme dans un sac de caoutchouc, et on l'applique sur le ventre en interposant une flanelle pliée en deux, de manière à éviter les eschares que produirait la congélation. Le sac est maintenu à l'aide d'un cerceau double entourant l'abdomen. La glace doit être changée toutes les deux ou trois heures ; il est important de ne laisser jamais le liquide se réchauffer, alors que la glace est fondue.

Un large vésicatoire remplacera la glace en cas de nécessité.

La glace, en abaissant la température des organes génitaux, ralentit la pullulation des microbes et empêche leur pénétration dans l'économie, elle

¹ D'autres moyens ont encore été préconisés pour le nettoyage de la cavité utérine, tel l'*écouvillonnage* suivi ou non du *tamponnement intra-utérin* à la gaze iodoformée, bon moyen à employer contre les hémorragies de l'utérus évacué, mais inférieur aux injections pour l'antiseptie. — Telle encore l'*irrigation continue* (méthode de SCHUCKING : voir PINARD et VARNIER, *Annales de gynécologie*, 1885 et 1886). Mais cette irrigation continue est mal supportée, et après un certain temps impose aux femmes une véritable torture ; d'autre part, elle exige un appareil très compliqué, une surveillance assidue, et comme ses résultats ne sont pas supérieurs à ceux fournis par les injections abondantes, telles qu'elles ont été précédemment décrites, il n'y a lieu de les conserver dans la thérapeutique puerpérale qu'à titre exceptionnel.

² *Société obst. de France*, avril 1892.