UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1922-1923 — N° 79

L'HYSTÉRECTOMIE DANS L'INFECTION PUERPÉRALE AIGUË

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 10 Janvier 1923

PAR

Pierre-Joseph-Antoine-Bernard-Benoit DUPIN

Né à HEUGAS (Landes), le 19 Mars 1895

Examinateurs de la Thèse :

MM. RIVIÈRE, professeur ..... *Président.*
DENUCÉ, professeur ..... *Juges.*
PÉRY, agrégé ..... *Juges.*
ROCHER, agrégé ..... *Juges.*

BORDEAUX
Imprimerie Victor CAMBETTE
91, Cours de la Marne, 91

1923

BIBLIOTECA MEDICA ROMA

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1922 - 1923 — N° 79

L'HYSTÉRECTOMIE DANS L'INFECTION PUERPÉRALE AIGUË

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 10 Janvier 1923

PAR

Pierre-Joseph-Antoine-Bernard-Benoit DUPIN

Né à HEUGAS (Landes), le 19 Mars 1895

Examinateurs de la Thèse :

MM. RIVIÈRE, professeur ..... *Président.*
DENUCÉ, professeur .....
PÉRY, agrégé ..... *Juges.*
ROCHER, agrégé .....

BORDEAUX
Imprimerie Victor CAMBETTE
91, Cours de la Marne, 91

1923

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, GUILLAUD.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	ARNOZAN. CASSAËT.	Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
Clinique chirurgicale	CHAVANNAZ. VILLAR.	Médecine expérimentale	FERRÉ.
Pathologie et thérapeutique générales	CRUCHET.	Clinique ophtalmologique	LAGRANGE.
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	DENUCÉ.
Anatomie pathologique et microscopie clinique	SABRAZÈS.	Clinique gynécologique	BÉGOUIN.
Anatomie	PICQUÉ.	Clinique médicale des maladies des enfants	MOUSSOUS.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Chimie biologique et médicale	DENIGÈS.
Physiologie	PACHON.	Physique pharmaceutique	SIGALAS.
Hygiène	AUCHÉ.	Méder. coloniale et clinique des malad. exotiques	LE DANTEC.
Médecine légale et déontologie	VERGER.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	W. DUBREUIL.
Physique biologique et clin. d'électricité médicale	BERGONIÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires	POUSSON.
Chimie	CHEVLE.	Clinique des maladies nerveuses et mentales	ABADIE.
Botanique et matière médicale	BEILLE.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURE.
Pharmacie	DUPOUY.	Toxicologie et hygiène appliquée	BARTHE.
		Hydrologie thérapeutique et climatologie	SELLIER.

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — GUYOT (Pathologie externe). — LABAT (Pharmacie).
CARLES (Thérapeutique et Pharmacologie). — PETGES (Vénéréologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie et embryologie	N.....	Médecine générale	CREYX. MICHELEAU.
Histologie	LAGOSTE (chargé).	Maladies mentales	PERRENS.
Physiologie	DELAUNAY.	Médecine légale	LANDE.
Anatomie pathologique	MURATET.	Chirurgie générale	ROCHER. DUVERGEY. PAPIN.
Parasitologie et sciences naturelles	R. SIGALAS (chargé) N.....	Obstétrique	PÉRY. FAUGÈRE.
Physique biologique et médicale	RÉCHOU.	Ophtalmologie	TEULIÈRES.
Chimie biologique et médicale	N...	Pharmacie	N....
Médecine générale	MAURIAC. LEURET. DUPÉRIÉ.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire	CAVALIÉ.	Puériculture	ANDÉRODIAS.
Médecine opératoire	VENOT.	Démonstrations et Préparations pharmaceutiques	LABAT.
Accouchements	FAUGÈRE.	Chimie	RANGIER.
Ophtalmologie	CABANNES.	Pathologie interne	CREYX.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes ROCHER.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MA GRAND'MÈRE

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

Faible témoignage de ma profonde reconnaissance.

A MA SŒUR

A MA FAMILLE ET A TOUS MES PARENTS

MEIS ET AMICIS

A MES CAMARADES MORTS AU CHAMP D'HONNEUR

R. BIBLIOTECA MEDICA ROMA

A MONSIEUR LE DOCTEUR DUBECQ

PROSECTEUR A LA FACULTÉ

Qui fut toujours pour nous un excellent ami et en souvenir des services qu'il nous a rendus.

A MONSIEUR LE DOCTEUR COURBIN

MÉDECIN RÉSIDANT DES HÔPITAUX

Qui nous a laissé profiter de son expérience avec cette rare bienveillance qui lui est coutumière. Qu'il trouve ici le témoignage sincère de notre reconnaissance pour nous avoir rendu plus facile ce modeste travail.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PÉRY

ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Hommage très reconnaissant pour l'accueil toujours si bienveillant qu'il nous fit, et pour nous avoir donné le sujet de ce travail.

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR MAURICE RIVIÈRE

PROFESSEUR DE CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Je ne saurais oublier le très grand honneur qu'il me fait en acceptant la présidence de ma thèse. Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de ma respectueuse reconnaissance.

AVANT-PROPOS

Avant de commencer ce modeste travail, il est pour nous un devoir bien doux à remplir et que nous accomplissons de grand cœur.

A nos parents, si bons, si affectueux, dont la sollicitude pour nous ne se démentit jamais, nous offrons l'hommage de notre filiale piété.

Notre reconnaissance est particulièrement vive à l'égard de M. le Professeur RIVIÈRE qui, aujourd'hui, a bien voulu accepter la présidence de notre thèse. Toutes nos connaissances en obstétrique ont été acquises à ses leçons cliniques dont l'enseignement est si vivant.

Nous ne saurions terminer sans adresser un hommage collectif de profonde reconnaissance à tous nos Maîtres de la Faculté de Médecine et à tous ceux qui, de près ou de loin, ne nous ont pas ménagé leurs conseils.

Qu'il nous soit permis, enfin, d'adresser ici un souvenir ému à tous ces vrais amis qui ont partagé les heures tristes ou gaies de notre vie d'étudiant : nous ne les oublierons jamais.

L'HYSTÉRECTOMIE
DANS L'INFECTION PUERPÉRALE AIGUË

INTRODUCTION

Consécutive à un accouchement normal ou à un avortement, l'infection puerpérale est certainement de toutes les infections génitales celle qui présente le plus de gravité.

Bien des accidents légers et même des accidents d'allure inquiétante, sont arrêtés par un traitement médical bien conduit : injections intra-utérines, irrigation continue avec de l'eau stérilisée, légèrement oxygénée, ou avec de la liqueur de Dakin, abcès de fixation, injections intra-veineuses de collargol, ou mieux d'électrargol, injections de certains sérums antistreptococciques, injections de lait, etc....

Mais trop souvent aussi, hélas, il existe des cas particulièrement graves où ces méthodes se montrent absolument inefficaces. Ce sont ces cas où l'infection se manifeste d'emblée hypervirulente ou bien ces cas où l'infection a été attaquée trop tardivement ou imparfaitement et, ayant trouvé dans un organisme déjà affaibli un terrain favorable, a envahi toute l'économie et donné lieu soit à une septicémie aiguë foudroyante, soit à une pyohémie le plus souvent mortelle.

D'autres fois, il y a des circonstances moins désespérées où l'infection a déjà franchi la muqueuse utérine, où, par conséquent, nos moyens habituels de traitement se montrent insuffisants évidemment, mais dans lesquelles il semblerait logique au premier abord que nous puissions intervenir efficacement, si nous nous décidons à une opération plus radicale, plus dangereuse, sans doute, mais qui est notre dernière planche de salut avant la généralisation : nous voulons parler de l'hystérectomie.

L'hystérectomie a été pratiquée maintes fois comme traitement contre l'infection puerpérale. Et cependant, malgré les très nombreuses publications sur ce sujet, cette question est loin d'être résolue. Il y a à cette incertitude des causes multiples. Ce manque d'entente entre les auteurs tient en grande partie à la dissemblance des cas publiés. M. Tuffier a longuement insisté, au Congrès de Rome, sur la nécessité de bien sérier les cas :

« L'infection puerpérale, dit-il, affecte des modes et des degrés divers, si bien que l'on peut dire qu'il y a non pas une infection, mais des infections. Il y a des infections localisées, il y a des infections plus ou moins étendues, il y a l'infection généralisée, il y a l'infection aiguë et même suraiguë, et il y a l'infection subaiguë. Il y a l'infection qui reconnaît comme point de départ une plaie du périnée ou du vagin, ou une rupture utérine, et il y a l'infection partie de la cavité utérine elle-même et des parois qui la limitent. »

Ici, nous ne nous occuperons que de l'infection puerpérale aiguë proprement dite, à début utérin, et nous n'envisagerons que les deux choses suivantes :

1°) Les indications opératoires. Quelles sont celles qui nous paraissent les plus nettes, les plus précises, pour nous permettre d'intervenir à temps, d'une manière radicale et heureuse ;

2°) Le traitement chirurgical. A quelle voie aurons-nous recours : voie abdominale ou voie vaginale, et quelles techniques nous permettront d'entreprendre l'opération avec le maximum de chances.

Disons tout de suite que, dans l'immense majorité des cas, l'infection puerpérale sérieuse a tendance, dès les premiers jours, à montrer en quelque sorte au médecin qu'elle sera de bonne composition : elle offre une localisation, soit une réaction péritonéale du type pelvi-péritonite banal, soit une annexite, soit un phlegmon avec collection du ligament large. Ces signes de localisation sont de bon augure, ils contre-indiquent pour ainsi dire toujours l'hystérectomie. On les traitera par les procédés usuels : repos, glace, ouverture par le Douglas ou même la fosse iliaque s'il y a lieu. Ces cas n'entrent pas du tout dans le domaine pathologique que nous étudions. Notre champ est limité à ces cas heureusement rares où l'infection a une allure extrêmement grave, sans qu'il soit possible de déceler en dehors de l'utérus des signes de localisation précoces. C'est l'utérus lui-même qui est frappé dans sa masse et non plus seulement dans sa muqueuse. Son atteinte pourra tuer sans qu'il y ait d'autres complications locales, par septicémie ou pyohémie. Elle pourra, mais secondairement et alors la complication tardive traduira une infection moins aiguë, se compliquer de lésions péritonéales, génitales ou veineuses, celles-ci n'étant d'ailleurs qu'en second plan. Au premier plan restent toujours la myosite suppurée on gangréneuse. C'est sur elles que nous insisterons.

BIBLIOTECA MEDICA ROMA

CHAPITRE PREMIER

Historique.

Le 2e Congrès de l'Association des Gynécologues et Obstétriciens de langue française a, en octobre 1921, mis à nouveau cette question à l'ordre du jour. Deux rapports furent lus, ceux de MM. Cotte (de Lyon) et Potvin (de Bruxelles). A la même époque il se trouvait que deux jeunes chirurgiens, dont le service était un service d'urgence, Cadenat à Paris, Courbin à Bordeaux, s'occupaient aussi de la question et aboutissaient en s'ignorant à des conclusions semblables.

La question, d'ailleurs, n'était pas nouvelle. Aussi nous paraît-il indispensable, avant d'aborder le sujet de notre étude, d'esquisser l'historique de l'hystérectomie appliquée au traitement de l'infection puerpérale.

L'hystérectomie, dans les cas de septicémie puerpérale aiguë, a été d'abord et surtout préconisée à l'étranger. Les noms des chirurgiens qui l'ont employée, le nombre considérable des observations aujourd'hui existantes montrent qu'elle est sortie vraiment du domaine de l'expérimentation chirurgicale. Les premiers chirurgiens qui cherchèrent à enlever l'utérus puerpéral infecté, le firent la main presque forcée, pour des rétentions placentaires, dont ils ne pouvaient débarrasser la malade par d'autres moyens. Ils commençaient par tenter une opération césarienne conservatrice et finissaient presque toujours par une opération de Porro.

L'idée d'avoir recours à l'hystérectomie comme moyen de traitement de l'infection puerpérale remonte seulement à l'année 1886, où elle fut exécutée pour la première fois par Schultze, qui fut assez heureux pour sauver sa malade. La première hystérectomie vaginale, pour la même infection, fut pratiquée par Roosemburg, de La Haye, en 1889, qui obtint aussi un plein succès. Enfin, la première hystérectomie abdominale totale fut faite par Pryor, de New-York, en 1895.

En France, les essais furent jusqu'en 1899 infructueux et timides. En 1895, paraissait la première thèse sur l'hystérectomie dans l'infection puerpérale : Wintrebert en était l'auteur.

La question était lancée. La voie était ouverte où devaient s'engager aussitôt accoucheurs, gynécologues et chirurgiens, et ces derniers ont multiplié à l'envie les tentatives dans le but d'aboutir à fixer pour ces cas graves une ligne de conduite définitive dans le traitement. Smith, Holmes, Duff, Peterson, Davis, Hippel, Goldsborough, Penrose, Carpenter, Vineberg, Stahl, Terrier, J.-L. Faure, Tuffier, s'en montrèrent partisans. Tuffier eut l'occasion d'opérer deux femmes présentant des formes très graves d'infection puerpérale : les deux malades moururent. Il lui sembla que dans l'un et l'autre cas l'opération avait été beaucoup trop tardive, mais qu'on pouvait espérer de bons résultats à condition d'opérer à temps. Il conseilla à M. Bonamy, son interne, de faire sa thèse sur ce sujet, et tous deux publièrent, dans la *Revue de Gynécologie*, un article qui fait époque.

La thèse de Bonamy est un document très important. On y trouve réunis 31 cas d'hystérectomie dont 24 ont été faits pour métrite puerpérale aiguë, 3 pour rétention placentaire totale, 4 à la suite de césariennes, sur des utérus infectés. Il y eut 20 guérisons sur ces 31 cas. Henrotay (d'Anvers) se sert de l'hystérectomie dans la métrite purulente

franche, suite d'infection puerpérale. Jacobs, Keiffer, Rouffart (de Bruxelles) estiment que lorsque l'infection a franchi la muqueuse utérine et a envahi le muscle, si l'intervention est faite avant la généralisation, on a des chances de guérison. En 1901, Benoist soutint sa thèse sur le traitement par l'hystérectomie de l'infection puerpérale avec lésions utérines prédominantes. S'inspirant des idées de M. Mauclaire, l'auteur résume l'intervention aux cas où l'infection se localise à l'utérus.

En 1902, au Congrès de Rome, la question fut mise à l'étude. Quatre rapports furent lus par M. Tuffier, Freund, Léopold et Treub. Il nous semble intéressant de rapporter les conclusions principales de ces quatre rapporteurs. Les voici :

M. Tuffier. — L'anatomie pathologique démontre dans l'infection puerpérale aiguë certaines lésions, rares il est vrai, qui sont justiciables de l'hystérectomie. Peut-on diagnostiquer cliniquement ces cas ? Aucun des symptômes pris isolément n'est capable de faire cesser l'hésitation : mais c'est l'ensemble des accidents qui nous déterminera. Quand on a mis en œuvre tous les procédés thérapeutiques habituels, si l'infection continue à évoluer, il faut pratiquer l'hystérectomie si toutefois les forces de la malade lui permettent de supporter ce traumatisme. « C'est l'impuissance de l'accoucheur reconnue par lui-même qui crée l'indication opératoire, mais pour le chirurgien, c'est la résistance encore suffisante de la malade qui doit lui faire accepter ou refuser la responsabilité de l'opération. »

M. A. Freund. — L'extirpation totale de l'utérus dans l'infection puerpérale peut être prise en considération, pourvu qu'elle soit pratiquée à temps : *a)* dans la métrite septique avec rétention de tout le placenta ou d'une partie lorsque toutes les tentatives de délivrance par les voies naturelles auront échoué ; *b)* dans le cas de métrite com-

pliquée de pyohémie, apparaissant subitement à la suite d'un avortement provoqué criminel. Pendant la période tardive de la fièvre septique à type lymphangitique ou pyohémique, on ne doit pas conseiller l'extirpation totale de l'utérus.

H. Treub. — Les moyens usités dans le traitement de l'infection puerpérale localisée entièrement à l'utérus sont suffisants dans la grande majorité des cas. Cependant, l'hystérectomie pourra réussir là où le traitement obstétrical échoue, dans quelques cas exceptionnels. L'indication de l'hystérectomie ne devra être posée qu'après un examen clinique très exact, et une évaluation consciencieuse du pour et du contre de l'opération. Celui qui fait beaucoup d'hystérectomies dans ces cas là en fait certainement trop.

Léopold. — L'hystérectomie sera indiquée dans les cas d'infection puerpérale grave, lorsque tous les symptômes prouveront que l'utérus est le siège unique et le point de départ continuel de l'infection, et que tous les autres moyens thérapeutiques auront échoué. Si l'infection a dépassé l'utérus, cette hystérectomie seule n'est plus suffisante : il faudra s'attacher à rechercher toutes les veines atteintes de suppuration pour les extirper.

En 1903, au Congrès de Madrid, la question est reprise. Il y eut les rapports de M. Pinard et M. Cortiguera (de Santander).

M. Pinard. — L'anatomie pathologique n'a jamais fourni d'indication à l'hystérectomie ; à aucune autopsie on n'a trouvé de lésion localisée à l'utérus, ni abcès, ni gangrène circonscrite. L'examen du sang a, de même, été incapable de dicter l'acte chirurgical : la clinique n'a pas permis également de se prononcer une seule fois. L'orateur conclut donc en ces termes : « L'indication rationnelle de

l'hystérectomie dans les infections puerpérales aiguës n'existe pas ».

M. Cortiguera (de Santander) a pu réunir 141 cas d'hystérectomie pour infection puerpérale avec 68 guérisons et 73 décès. Cette opération semble être indiquée dans le cas de gangrène utérine, dans des cas très exceptionnels de rétention des membranes ou de rétention placentaire consécutive à un avortement criminel, d'abcès de l'utérus. Quant à l'infection aiguë généralisée proprement dite, elle ne paraît pas justiciable de l'hystérectomie. En tous cas, cette intervention est contre-indiquée quand l'infectée est en état de collapsus ou de faiblesse extrême.

En 1903, Mouchotte fait un travail extrêmement important. L'auteur divise ses documents en : *documents anatomiques*, c'est-à-dire résultats des autopsies et des utérus calmés par hystérectomie ; *documents bactériologiques*, comprenant les recherches sur la bactériologie des lochies d'une part et du sang d'autre part ; *documents cliniques*, comprenant l'étude des signes locaux et des symptômes généraux ; *documents concernant la résistance organique du sujet* d'après l'examen histologique du sang. L'auteur montre combien tous ces documents nous laissent encore dans l'indécision en ce qui concerne l'indication opératoire. Au point de vue statistique, il a pu réunir 30 cas d'hystérectomie *par infection puerpérale post abortum*. Il y a eu 56,6 % de guérison et 43,3 % de mort. Dans 15 cas, l'infection était localisée à l'utérus ou compliquée seulement de thrombose utéro-ovarienne : il y a eu 8 guérisons et 7 morts. Dans 15 cas, les lésions utérines se compliquaient de péritonite, et parfois de pyosalpingite. Il y eut 8 guérisons et 7 morts.

En 1905, les Américains Boldt, Greene, Cumston, admettent l'hystérectomie, mais reconnaissent les indications difficiles. En 1906, Pollosson et Albertin citent, à la Société

de Chirurgie de Lyon, 3 cas d'hystérectomie abdominale suivis de guérison. Delettrez, au XIVe Congrès de l'Association Française de Chirurgie, communique deux observations d'infection puerpérale aiguë post-abortive avec une guérison. Koblank, en 1907, communique à la Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Berlin une statistique portant sur 484 cas d'infection puerpérale en deux ans, et déclare qu'il a été amené à intervenir dans les cas graves devant l'échec constant des moyens médicaux. La question fut ensuite discutée dans les communiqués de Congrès, réunions : en 1920, Congrès Allemand de Gynécologie de Leipzig, en 1912 au VIe Congrès International de Gynécologie et d'Obstétrique. Il y eut des communications de Douay, Cadenat, Le Jemtel, de Delettrez, de Vanverts, de J.-L. Faure, à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris (1920). En 1921, il y eut les rapports de Cotte (de Lyon) et Potvin (de Bruxelles). Potvin termine son rapport ainsi : « L'hystérectomie a ses indications nettes et précises. Elle intervient quand il faut à tout prix enrayer la marche ascendante de l'infection. C'est l'amputation d'un membre gangrené avant qu'il déverse dans la circulation générale ses produits infectants ». Cotte termine par les conclusions suivantes : « L'hystérectomie ne paraît avoir dans l'infection puerpérale aiguë que des indications exceptionnelles. Dans l'état actuel de la science, mis à part les cas dans lesquels il y a une lésion de l'utérus qui comporte en elle-même son ablation immédiate, l'hystérectomie ne peut être proposée au début de l'infection puerpérale comme une intervention nécessaire pour arrêter son évolution, car nous n'avons aucun moyen de dire à ce moment quelle sera la gravité de cette infection ».

Il y eut la thèse de Morgenstein (1921), les communications de Courbin (1922), thèse de Benoist (1922), thèse de Toubol (1922).

CHAPITRE II

Étude des indications.

La plupart des auteurs sont d'accord aujourd'hui pour admettre qu'à un certain degré d'intensité la fièvre puerpérale sort du domaine obstétrico-médical pour entrer dans celui de la chirurgie. Il s'agit de ces cas où le processus infectieux ayant envahi les couches profondes de l'utérus, les curettages, écouvillonnages, injections intra-utérines, etc..., ne peuvent plus rien contre le mal, si ce n'est, dit si explicitement M. Doleris, parlant de l'inutilité du curettage réitéré, « gratter la place où l'ennemi a passé ». Il faut faire plus. Il faut enlever l'utérus, source de l'infection.

Mais ici se pose la très délicate et grave question des indications.

Tous les auteurs conseillent d'intervenir au moment où les germes infectieux gagnent les couches profondes de l'utérus. MM. Ribemont-Dessaignes et Lepage voudraient que l'opération vint avant que les microorganismes ne se soient répandus dans toute la circulation lymphatique ou veineuse. Carteledge conseille d'opérer dès que l'infection a gagné les tissus utérins. Il faut opérer tôt, tout est là, et la question qui se pose sans cesse se résume dans ce problème : « Etant donné une infectée puerpérale grave, à quels signes pourrons-nous prévoir l'évolution fatale, assez tôt pour la conjurer par l'hystérectomie ? »

On ne peut résoudre la question sans passer en revue les

signes qui marquent le début et la période d'état de l'infection puerpérale.

A. — *Mode de début.*

Il est classique de dire que la *durée de l'incubation* est un signe très important et que les infections puerpérales sont d'autant plus graves qu'elles sont survenues plus précocement; or, dans 6 cas mortels observés par M. Courbin, nous notons entre la délivrance et le premier jour des complications septiques :

3 jours.....	1 fois
4 jours.....	1 fois
5 jours.....	2 fois
6 jours.....	1 fois
8 jours.....	1 fois

De même les cas bénins débutent aussi les troisième, quatrième, cinquième jour avec le maximum de fréquence, de sorte que nous sommes amené à conclure qu'on ne peut guère préjuger de la gravité d'une complication infectieuse puerpérale par la durée de son incubation.

La rétention placentaire est-elle un facteur important dans la genèse de l'infection ? Leur confère-t-elle une gravité particulière ?

Sur le premier point, tout le monde est d'accord : les débris placentaires et les caillots intra-utérins sont un excellent champ de culture. Nous n'avons pas le droit de rester les bras croisés devant une rétention. Comment la traiter. Ici se pose la question du curettage.

Benoist, dans sa thèse (1921), a essayé de la résoudre : « Comme moyen prophylactique de l'infection puerpérale, le curettage pratiqué immédiatement après l'accouchement ou dans les heures qui suivent, donnera d'heureux résultats. Ce curettage primitif, pratiqué par des mains expéri-

mentées, n'offre aucun inconvénient et n'est jamais suivi d'accident. Il a l'avantage de nettoyer l'utérus des débris que celui-ci contient et de supprimer ainsi les causes de l'infection. Son indication est la délivrance incomplète, avec rétention de débris placentaires, de membranes ou de caduque, rétentions si fréquentes dans les accouchements prématurés, dans les accouchements d'enfant mort et macéré, et surtout lorsque l'endomètre aura été malade au cours de la gestation. Il sera également le complément de la délivrance artificielle, lorsqu'on ne pourra affirmer qu'elle est complète ».

Nous souscrivons complètement à ces conclusions : mais lorsque l'infection est apparue, la thèse de M. Benoist nous paraît moins sûre :

Post-abortum, le curettage est toujours indiqué, en cas de rétention de débris ovulaires, accompagnée ou non de symptôme infectieux.

Post-partum, la question est plus complexe. Lorsque les phénomènes infectieux ont apparu, le curettage constitue une intervention très dangereuse par les inoculations nouvelles qu'il détermine toujours, par la résorption des toxines qu'il provoque, ainsi que le démontre la fréquence du grand frisson qui suit l'intervention : ses résultats sont franchement mauvais. Et, dans la très grande majorité des cas, l'abstension semble préférable. Tout au plus le curettage pourra être pratiqué si on peut le faire tout au début de l'infection, dès la première élévation de température, et si on a acquis la certitude de la présence d'un corps étranger *in utero*.

Nous préférons les conclusions de M. Courbin, proscrivant formellement le curettage en milieu infecté et le remplaçant par le curage digital sous anesthésie. « Le curettage, dit-il, est une très bonne opération dans le cas de rétention aseptique ; en milieu infecté, il nous a donné

d'une façon à peu près constante de gros ennuis sous forme de poussées annexielles formidables et très longues à se résoudre, sous forme aussi d'embolies pulmonaires. Dans les archives du service, nous avons trouvé deux cas où le curettage s'est compliqué très vite de septicémie suraiguë. Aussi pratiquons-nous le curage digital immédiatement si le col est béant, après dilatation aux bougies d'Hégar si le col est fermé. Le curage ne traumatise pas la cavité utérine, il n'ouvre pas les vaisseaux, les néocapillaires de la muqueuse, non plus les espaces conjonctifs et lymphatiques, il ne dissémine pas des germes virulents. La logique et l'expérience sont pour lui. »

Deuxième point. Si l'infection se déclare, a-t-elle une allure plus grave, lorsqu'elle apparaît secondairement à une rétention ou bien lorsqu'elle est primitive et survenant sur un utérus complètement vide.

A cette question, nous ne pouvons répondre que par des chiffres. Le service de Canolle a vu mourir 6 infectées puerpérales en 1921. 3 fois il y avait eu rétention, 3 fois pas de rétention. Si l'on considère d'autre part les statistiques du même service pour les cas bénins, on constate que la rétention s'y observe aussi dans la moitié des cas.

Conclusion : la rétention est une grande cause d'infection puerpérale, mais ne suffit pas en elle-même a donner à l'infection une allure hypervirulente.

B. — Arrivons maintenant à la période d'état ou, pour être précis, aux premières heures de la période d'état.

Signes fonctionnels. — *a*) La douleur n'a aucun intérêt. Généralement les grandes infectées sont remarquablement euphoriques.

b) Les hémorragies, à cette période, ne feraient que traduire une rétention. Elles ne sont pas le fait de l'infection.

c) Plus intéressants sont les caractères des pertes. L'examen bactériologique des lochies n'a aucune valeur : les auteurs sont d'accord là dessus. Tout au plus peut-on considérer comme signe de sixième ordre la présence d'un streptocoque hémolytique, ou du perfringens ou autres bacilles anaérobies. C'est le caractère des pertes qui importe : noirâtres, fétides, abondantes, s'il n'y a pas rétention placentaire, elles sont d'un mauvais pronostic. *A fortiori,* si leur *odeur est nettement gangréneuse* ou si elles sont faites de lambeaux de muqueuse sphacélés.

Signes physiques. — Il est des cas où le simple examen du ventre nous fournira des renseignements capitaux.

Si, à l'inspection, nous sommes en présence d'un ventre ballonné, complètement immobile dans les mouvements respiratoires.

Si, à la palpation, nous tombons sur une paroi hyperesthésiée, sans réflexe abdominal, où la moindre pression éveille immédiatement et en tous points de l'étage sous-ombilical de la contracture, de la défense musculaire, point n'est besoin de chercher plus loin, il s'agit déjà d'une péritonite généralisée. Signalons cependant que si elle affecte le type putride, l'immobilité du ventre dans la respiration peut être le seul signe observé (observation 3) coïncidant alors avec des signes généraux de haute gravité.

Habituellement, nous serons en présence d'un tableau beaucoup moins net. Nous devons noter avec le plus grand soin la forme et les mouvements de l'abdomen, l'état des muscles de la paroi, la sensibilité à la presion dans les fosses iliaques, leur souplesse ou leur induration, mais surtout noter les caractères du globe utérin : sa hauteur au-dessus de l'ombilic, sa consistance, sa largeur, sa sensibilité. Cet examen sera complété par le toucher vaginal, qui nous donnera tous renseignements sur l'état du col et des culs-de-sac, et par le toucher et palper combinés, précisera notre appréciation sur le corps utérin.

Il sera enfin toujours indispensable de se rendre compte de l'état de la vulve et du vagin, ne fut-ce que pour éliminer les infections dont ils auraient pu être le point de départ.

Les signes fournis par cet examen ont une valeur inégale. Le renseignement le plus important, *c'est peut-être l'absence des signes pathologiques en dehors de l'utérus.* Répétons-le ici. Si on a trouvé une collection ou une induration pathologique quelque part, le pronostic a les plus grandes chances d'être favorable. M. Courbin a, dans les formes sévères que nous étudions, mis en valeur l'importance de deux signes locaux.

1°) *L'immobilité du ventre dans la respiration* (obs. 3) qui observée dès qu'elle se manifeste est peut-être le meilleur signe et le plus précoce de la péritonite. De là, la nécessité de regarder le bas-ventre à jour frisant, en disant à la malade d'effectuer de grands mouvements respiratoires ; tout à fait au début, c'est le bas-ventre seul, parfois une fosse iliaque seule, qui ne bouge pas.

2°) *La mollesse du globe utérin.* — Lorsque l'utérus garde au cours d'une infection les caractères de dureté et de contractilité sous le doigt explorateur, qui lui ont fait donner après la délivrance le qualificatif de « globe de sûreté », c'est qu'il s'agit d'une infection à bon pronostic ; il y a endométrite, mais fut-elle virulente et gagna-t-elle les trompes, elle est infiniment moins grave que l'atteinte du muscle lui-même. On verra, dans le court exposé d'anatomie pathologique que nous allons faire, les résultats des examens du muscle utérin dans ces cas là, l'œdème considérable qui infiltre le tissu utérin, les petits abcès qui font de lui une éponge purulente histologique expliquent parfaitement la mollesse de l'organe. C'est précisément l'œdème du muscle qui est sa première réaction lorsque l'infection dépasse la muqueuse pour gagner la musculeuse : et c'est pourquoi la mollesse utérine a-t-elle parue

un signe précoce de gravité à M. Courbin, contrairement à l'opinion sommaire et injustifiée du Docteur Toubol.

Signes généraux. — Les classiques ont attribué une valeur pronostique importante aux signes suivants : *fièvre, pouls, frissons.*

L'examen des courbes de nombreuses observations, les unes d'infections graves, mais non mortelles, les autres d'infections mortelles, montre que les plaies vulvaires infectées, l'endométrite simple, les annexites, le phlegmon du ligament large, la péritonite, la septicémie, au début tout au moins, donnent des réactions fébriles à peu près semblables. Les grandes septicémies ont tendance à provoquer des fièvres continues, des plateaux rappelant la typhoïde. Mais, au début des accidents, la réaction fébrile qui dépend plus des agents microbiens en cause que de leur siège, ne peut en rien servir au pronostic.

Certains, en particulier Wyneberg, ont voulu voir dans le pouls de la puerpérale un signe formel : « Si le pouls dépasse 130 pulsations, dit Wyneberg, malgré le traitement, et s'il devient faible et petit, faites l'hystérectomie ». Mais les diverses complications puerpérales ont coutume d'élever la fréquence du pouls aux environs de 120, aussi bien les favorables que les mortelles, aussi ne pouvons-nous souscrire à l'opinion de Wyneberg.

Les frissons seraient, pour M. Champetier de Ribes, l'indice d'une infection profonde et grave. On les trouve bien dans les formes légères, mais alors ils durent peu et ne se reproduisent guère. Répétés, bruyants, de longue durée, ils indiquent une allure grave. Par contre, on a vu des cas mortels sans le moindre frissonnement. M. Courbin en a cité un cas. « D'aucuns leur attribuent une importance de premier ordre pour le diagnostic de la thrombophlébite suppurée : nous avons eu la surprise, dit-il, de trouver les veines utérines pleines d'un pus verdâtre à streptocoques, dans un cas d'infection hyperthermique

avec faciès terreux que nous venons d'opérer et où il n'y avait eu qu'un frisson : l'initial ». Nous croyons, en définitive, que le seul cas où l'intensité et la répétition des frissons aient une valeur, relative d'ailleurs, c'est le cas de thrombo-phlébite, où nous les avons habituellement trouvés mentionnés dans les observations que nous avons compulsées. Dans la métrite hyperseptique, leur valeur est minime.

L'hémoculture a suscité des travaux sur la question. Prochownick pensait trouver dans les résultats de l'examen du sang de la puerpérale une indication à l'hystérectomie : « Si, dit-il, il y a dans l'utérus un foyer streptococcique déversant, dans la circulation sanguine, à chaque frisson, une quantité de microbes, on doit, en présence d'un examen positif du sang, avoir recours à l'intervention radicale ». Prochownick est resté seul de cet avis. La plupart des auteurs ont même trouvé une contre-indication formelle là où il veut voir une indication. Que peut, en effet, l'art chirurgical chez une femme dont tout l'organisme est envahi par les germes infectieux ? Tissier a particulièrement soutenu cette théorie à la Société d'Obstétrique de Paris, lors de la discussion sur les indications de l'hystérectomie dans l'infection puerpérale.

Au Congrès de Rome (1902), tous les rapporteurs se sont refusés à admettre l'indication posée par Prochownick : M. Tuffier déclare que l'examen bactériologique du sang ne peut servir « ni d'indication opératoire comme le voudrait Prochownick, ni de contre-indication comme le prétend Tissier ». Treub formule les mêmes conclusions.

M. Pinard, au Congrès de Madrid, déclare également que « la bactériologie est impuissante à fournir une indication d'hystérectomie dans l'infection puerpérale aiguë ».

Nous estimons, avec Potvin, que « c'est à la clinique que revient l'honneur de trancher la question ». *Anatomiquement*, l'opération est indiquée quand le streptocoque a

franchi la muqueuse utérine et n'a pas encore infecté le reste de l'économie.

L'examen des urines, l'examen général enfin, détaillé, ne fournissent pas de ligne de conduite constante, de données susceptibles de s'appliquer à la généralité des cas.

Reste la question de facies qui a fourni l'objet d'une vive polémique entre le Docteur Toubol et le Docteur Courbin. Bien que cette polémique ne soit pas encore éteinte, nous croyons être en droit de prendre parti. Résumons le débat :

« L'atteinte grave du muscle utérin, dit M. Courbin, l'atteinte qui tue, se lit sur le visage des malades, comme le type de shock se lit sur le visage des blessés : tout cela, actuellement, pratiquement, est dominé par une question de faciès. Entrant dans ces immenses salles dites de réchauffement des grands H. O. E. et ayant à opérer 20 grands blessés en 8 heures, que faisions-nous ?

Nous courions au plus pressé, aux plus shockés. Il y avait les shockés nerveux, rares à notre avis, fracturés ou commotionnés d'un tronc nerveux, chez qui la moindre intervention était fatale. Il y avait les hémorragiques, pâles comme marbre, cireux, souvent agités.

Il y avait les shockés toxiques, ceux qui résorbaient les poisons d'origine musculaire, ceux qu'enlevaient d'une manière foudroyante les infections gangréneuses des muscles broyés. Ceux-là avaient le visage pâle, mais non pâle comme marbre. Leur chair grise, leurs lèvres violettes, l'œil sans angoisse, nous attiraient tout de suite vers eux. Ceux-là, il fallait les amputer, il fallait enlever de larges bandes musculaires, *immédiatement,* pour les sauver.

Eh bien, arrivant à Canolle dans le service des infectées puerpérales de M. le Professeur Péry peu de temps après la guerre, nous avons eu la surprise d'y reconnaître 6 fois le faciès des grands shockés toxémiques de guerre et, par 6 fois, la mort est survenue.

Lorsque la métrite a franchi la muqueuse pour frapper

gravement le muscle, les choses se passent comme pour les jumeaux par exemple labourés par un éclat d'obus. Les muscles se défendent très mal contre les microbes, le muscle utérin comme les autres, et les germes trouvent dans ce milieu sucré des conditions de virulence optima. Il serait intéressant de rechercher au point de vue histologie pathologique le parallélisme clinique que nous venons d'esquisser.

Elément important, le faciès toxique que nous étudions s'accompagne très vite de dyspnée.

Nous ne terminerons pas cette étude sur le faciès sans protester contre les paroles de Ricard : « Je ne saurais baser pour ma part une indication opératoire sur ce qu'une femme a les traits tirés, le faciès plombé, les yeux plus ou moins excavés ».

Laissant M. Ricard faire fi du faciès de ses malades, nous opposerons à sa formule celle-ci : L'endométrite aiguë donne volontiers aux infectées un facies congestif, la péritonite son facies classique, mais la teinte grisâtre, grisaille, toxique du visage, c'est la marque qu'imprime au facies l'atteinte très grave du parenchyme utérin, la myosite suppurée ou gangréneuse. »

Ce facies tout spécial des grands shockés toxiques, associé à la mollesse utérine et au caractère fétide ou gangréneux des pertes, constitue une triade dont M. Toubol a vivement critiqué la valeur : « La triade de Courbin, dit-il, n'a pas la valeur qu'on a voulu lui attribuer : il ne faut pas attendre sa manifestation ; lorsqu'on peut la constater, il est trop tard, et l'on doit se demander s'il n'est pas dangereux alors d'intervenir ». Le mot dangereux a peut-être dépassé la pensée du Docteur Toubol. Si la malade est perdue, il est *inutile* évidemment d'intervenir. Mais quand la triade se manifeste, la malade est-elle perdue, est-il trop tard, voilà le nœud de la question. M. Toubol la tranche ainsi :

Il prend dans la littérature de ces vingt dernières années 40 observations, et écrit :

« Essayons d'appliquer la triade à nos 40 cas d'infection puerpérale. Nous la constatons dans les cas de :

Métrite.....	3	fois	avec	1	mort (non opérée).
Annexite.....	1	»	»	1	» »
Thrombose.....	2	»	»	2	»
Septicémie.....	2	»	»	2	»
Péritonite.....	8	»	»	7	»

Donc 14 cas avec triade intervention, 11 morts.

Elle existe donc, en ce qui nous concerne toujours, 16 fois sur 40 (abstraction faite de 2 observations).

Sur 14 cas avec triade et intervention, on trouve 11 morts, ce qui fait : fréquence de constatation dans l'infection puerpérale 40 %.

Mortalité lorsque la triade est constatée : 78 %.

C'est, d'autre part, dans les formes les moins justiciables de l'hystérectomie qu'elle est le plus souvent constatée. La conclusion s'impose nettement. La triade de Courbin apparaît trop tard pour pouvoir servir d'indication au chirurgien. Lorsqu'on peut la constater, l'opération n'est en général d'aucune utilité. »

M. Courbin a vivement répliqué à M. Toubol que de telles conclusions lui semblaient entachées de légèreté scientifique :

« C'est pendant la guerre, et surtout dans la dernière année de la guerre, que nous avons appris à lire sur le visage de nos blessés le type de leur shock. C'est depuis 1917 qu'est connue l'allure spéciale du shock toxique d'origine musculaire. Il y a là une éducation toute particulière de l'œil et du flair clinique que seuls ou à peu près seuls possèdent les chirurgiens de l'avant. Aussi, avons-nous

bondi lorsque nous avons vu M. Toubol retrouver notre facies des grands shockés dans la poussière d'observations vieilles de 20 ans. Rien ne l'autorisait à assimiler le terme de facies pâle rencontré dans un cas de Mouchotte ou de Bonamy avec le facies très spécial que nous avons décrit. »

Nous souscrivons entièrement à ce point de vue. De même, c'est très arbitrairement que M. Toubol fixe à 40 % la proportion des infectées dans laquelle on trouve la triade en litige. M. Courbin ne l'a rencontrée que dans 2 % des cas environ, 6 fois sur 300 infectées. Ce qui a fait croire à M. Toubol que la triade apparaissait trot tard, c'est que les cas où M. Courbin intervint furent malheureux. Mais n'oublions pas qu'il s'agissait de tâtonnements, que la triade à ce moment sortait peu à peu dans l'esprit de son auteur de l'observation des faits et que, dans les cas où il est intervenu, de son propre aveu, la triade existait déjà depuis trop longtemps, d'autres lésions irréparables s'étaient associées à l'infection du muscle, il avait laissé passer l'heure. Il n'en reste pas moins vrai que si ces affirmations n'ont pas encore pour elles l'épreuve du temps et les résultats heureux, elles ont pour elles la logique et les constatations anatomo-pathologiques.

Ce que nous cherchons à discréminer, c'est le moment où l'infection prend le type musculaire avant de se généraliser. C'est précisément à ce moment là qu'apparaît le facies toxique avec une mollesse utérine particulière. L'autopsie a montré, dans ce cas, le caractère œdémateux ou suppuré de la métrite.

De sorte que, dans l'état actuel des choses, nous pensons que la triade constitue un de nos meilleurs éléments d'appréciation de la gravité de l'infection.

Nous ne pouvons clore cette étude sans parler des indications de J.-L. Faure et de la tension artérielle.

Signe de J.-L. Faure. — Chez une infectée, si 24 heures

après avoir vidé l'utérus la fièvre et la gravité générale persistent, pratiquer l'hystérectomie. Cette formule est très souvent présentée sous la forme : Pratiquons le curettage si..., etc. Nous nous sommes déjà expliqué sur le curettage : quand il y a de la fièvre, ce qui est le cas, il est dangereux ; c'est au curage digital qu'il faut avoir recours, après dilatation aux bougies d'Hégar s'il y a lieu. D'autre part, beaucoup de femmes restent plusieurs jours sans voir s'améliorer, après le curage, leurs accidents infectieux Bien plus, c'est souvent le moment ou apparaît une localisation heureuse de l'infection. Notre observation VI en fournit un type très net. Par conséquent, la règle de J.-L. Faure nous expose à pratiquer beaucoup d'hystérectomies inutiles. Nous avons besoin d'un critérium plus sûr, une indication purement clinique plus nette.

Tension artérielle. — A ce propos, nous sommes heureux de rencontrer parmi les auteurs qui se sont occupé de la question, le nom d'un autre bordelais, le Docteur Balard : « La connaissance exacte de réactions cardio-vasculaires est un élément capital dans l'établissement du pronostic si aléatoire de la septicémie puerpérale. Un abaissemnet. considérable de la tension, un abaissement parallèle de l'indice, sont toujours d'un fâcheux pronostic, car ils témoignent de l'asthénie cardio-vasculaire et d'une imprégnation profonde de l'organisme ». Une réserve à faire : si à l'infection s'ajoute la thrombo-phlébite, l'abaissement de la tension est beaucoup moindre (voir observation V).

CHAPITRE III

Anatomie pathologique.

Ce chapitre sera très bref, étant donné la rareté des examens anatomo-pathologiques pratiqués.

Trouvons-nous une lésion toujours la même en rapport avec un groupement de symptômes toujours le même, clinique et lésion constatée indiquant toutes deux l'hystérectomie. D'une façon absolue, non, parce que la question est complexe. Si l'on fait le décompte de lésions constatées à l'autopsie des infections puerpérales, on trouve à la mort trois grandes causes :

1° Les thrombo-phlébites ;
2° Les cellulites pelviennes diffuses ;
3° Les métrites suppurées ou gangréneuses compliquées ou non de péritonite.

Remarquons qu'il est bien probable que les deux premières causes sont une complication de la troisième (voir observation V). Mais la coïncidence n'ayant encore été notée que dans un petit nombre de cas, on ne peut encore affirmer qu'elle soit générale. Quoiqu'il en soit, dans les cas mortels étudiés à Bordeaux, voici ce qu'on a trouvé :

Observation I. — Pas de rétention. Muqueuse utérine en voie de sphacèle. Pas de thrombo-phlébite. Rougeur et œdème de l'infundibulum et des sigmoïdes pulmonaires. Malheureusement, on n'a pu avoir l'examen du muscle qui était mollasse et œdémateux.

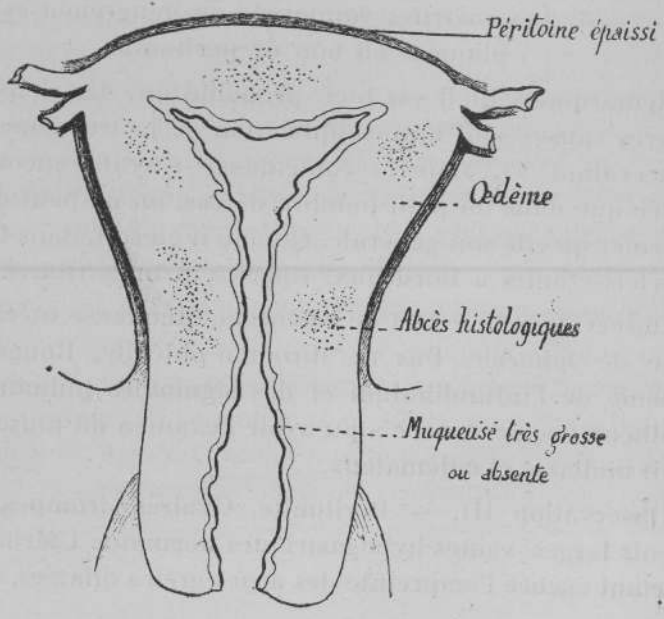
Observation III. — Péritonite. Ovaires, trompes, ligaments larges, veines hypogastriques normaux. Utérus mou, portant encore l'empreinte des anses grêles dilatées, ouvert

montre une cavité remarquablement lisse, un peu rougeâtre, sans le moindre débris.

« Utérus profondément infecté avec abcès disséminés, abcès à contours irréguliers avec leucocytes polynucléés en pycnose. On trouve des foyers lymphocytiques périvasculaires très denses, de l'œdème interstitiel des fibres musculaires avec ça et là des phénomènes d'endovascularite.

Dans les segments remis, on ne trouve plus trace de muqueuse ni de glandes, l'inflammation semble intéresser surtout le muscle utérin. »

Observation V. — Phlébites utéro-ovariennes étendues, veines pleines de pus à streptocoques. Examen d'un fragment utérin prélevé : la muqueuse est remplacée par une couche purulente, utérus profondément infecté, on trouve de véritables petits abcès jusqu'à proximité de la séreuse. Péritoine très épaissi. Nous pouvons concréter ces lésions dans le schéma suivant, dû à l'obligeance de notre ami, le Docteur Dubecq :



CHAPITRE IV

Traitement chirurgical.

Des considérations qui précèdent se dégagent deux points :

1° A quelle voie aurons-nous recours. Voie abdominale ou voie vaginale ;

2° Quels sont les points techniques un peu particuliers à ces interventions.

1°) *Voie abdominale ou voie vaginale.*

Nous avons décidé d'intervenir, quelle voie choisir ? Il y a des cas où la réponse est très nette et des cas troublants où les meilleurs hésiteront et choisiront selon leur sens clinique et chirurgical.

Autant qu'il est possible de codifier des faits aussi dissemblables, voici les cas qui nous paraissent les plus typiques :

1°) *La péritonite généralisée.* — Tout le monde est d'avis que l'hystérectomie est formellement contre-indiquée. On doit faire une laparotomie sous anesthésie locale et drainer par l'abdomen et le Douglas. Cette opération doit se borner à une boutonnière abdominale, elle doit être presque aussi rapide que l'ouverture d'un abcès.

2°) *La thrombo-phlébite.* — Tantôt il s'agit seulement d'une infectée avec frissons répétés en présence d'un cor-

don dans un cul-de-sac : la thrombo-phlébite est la lésion primordiale. L'indication est nette, pas d'hystérectomie, il faut aller lier le pédicule veineux au-dessus de la lésion. Deux procédés ont surtout été préconisés, celui de Trendelenburg et celui de Bumm.

a) *Procédé de Trendelenburg.* — On pratique une incision *latérale,* analogue à celle de la ligature de l'iliaque externe ; puis, *par voie sous-péritonéale,* on va à la recherche des veines hypogastriques et utéro-ovariennes, que l'on *ligature* largement au-delà des régions thrombosées.

b) *Procédé de Bumm.* — Après laparotomie médiane, on explore digitalement les veines pelviennes, pour reconnaître, à leur sensation dure et bosselée, les foyers de thrombose : on incise alors le péritoine, au-dessus de la limite supérieure de ces thromboses, et passant ainsi *par voie transpéritonéale,* on va ligaturer les veines et, si la chose paraît aisée, exciser les segments thrombosés. On termine en réparant au catgut les brèches péritonéales. La suture peut, s'il est nécessaire, porter sur les quatre pédicules hypogastriques et utéro-ovariens, la circulation se rétablissant très aisément par voie collatérale : en réalité, il sera ordinairement suffisant de lier les hypogastriques. Cette technique, beaucoup plus simple que celle de Trendelenburg, doit lui être préférée.

La ligature des veines thrombosées est une méthode rationnelle : car *elle traite la lésion principale,* le foyer phlébitique originel ; elle *barre le chemin aux embolies* ; enfin, elle enraie la *transmission des produits infectieux,* par voie veineuse, dans tout l'organisme. A ce triple titre, elle mérite de prendre place au rang des interventions destinées à combattre les infections puerpérales.

Tantôt, il s'agit de cas complexe où dans un fracas infectieux avec frissons répétés s'observe le facies hypertoxique sus-décrit : on est en présence d'une métrite suppurée associée à la thrombo-phlébite. Il est certain que de

telles lésions sont rarement curables, aussi sans attendre beaucoup l'intervention, croyons-nous cependant qu'il est indiqué de la pratiquer en suivant la ligne de conduite suivante :

Premier temps. — Ligature des veines. C'est par là qu'il faut commencer, car les manœuvres sur l'utérus risqueraient de mobiliser un caillot septique et de provoquer l'issue funeste en pleine intervention.

Deuxième temps. — Hystérectomie totale.

3°) Il s'agit d'une infection post-partum avec grosse inflammation vaginale à fausses membranes. Il s'agit d'un utérus très gros, très volumineux, d'un utérus qui s'abaisse mal à la vulve, à plus forte raison si en outre les commémoratifs permettent de penser qu'il y a eu annexite antérieure, on a la main forcée. C'est la voie haute qu'il faut employer.

4°) Ici, il s'agit des cas les plus fréquents et les plus curables. C'est un utérus post abortum, par conséquent de volume beaucoup moindre, il n'y a pas de réaction péritonéale, il n'y a pas de signes de thrombo-phlébite, le vagin est propre et l'utérus s'abaisse bien. La voie vaginale s'impose. Elle a pour elle trois grands avantages :

a) Elle sera facile et rapide, et cela n'est pas un mince prix quand il s'agit d'une femme fortement touchée par une infection sévère. Le choc opératoire sera si réduit que, on peut l'affirmer, ce n'est pas à elle que peut s'appliquer le mot de Brindeau : « L'hystérectomie ne va-t-elle pas être le coup de pouce qui fait effondrer les dernières résistances de la malade ».

b) La voie de drainage sera parfaite.

c) Les risques d'extension à la grande cavité péritonéale seront ici réduits au minimum. On ne sort pas, en effet, du petit bassin et si l'opération est correctement pratiquée,

les statistiques le montrent, la péritonite généralisée est rare. C'est ce danger d'infection péritonéale généralisée qui a fait hésiter tant de chirurgiens devant le traitement chirurgical de l'infection puerpérale. La vaginale réduit assez ces risques pour que nous la considérions, et de la façon la plus expresse, comme la voie de choix.

5°) L'intensité des signes généraux et des signes locaux nous indique *la cellulite pelvienne diffuse* associée ou non à la métrite grave. Disons tout de suite que s'il n'y a nulle trace de collection, il s'agit ici d'une lésion quasi mortelle. Il n'y a aucun doute. Il faut agir, par voie basse bien entendu.

Cas douteux. — Ce seront tout d'abord les cas qui ne répondront pas nettement aux types ci-dessus envisagés, où certaines indications tendraient au choix de la voie haute, d'autres au choix de la voie basse. Ici, il nous est impossible de donner des règles précises. Ce sera au chirurgien d'apprécier exactement le siège, la nature, l'étendue, la qualité des lésions, et de choisir d'après le résultat de son examen et aussi, il faut bien le dire, d'après son flair chirurgical. Il y a cependant un cas où nous conseillons la laparotomie. C'est ce cas qui correspond à la seconde triade de Courbin. Il y a métrite grave avec début d'atteinte péritonéale indiquée par l'immobilisation du bas-ventre dans les mouvements respiratoires. Mieux vaut ouvrir le ventre et se guider d'après ce qu'on voit. Si les anses grêles inférieures sont déjà rougeâtres et congestionnées, si le cœcum est atteint lui aussi, mieux vaut drainer simplement. Mais si la péritonite est encore à son stade purement pelvien, elle n'est qu'une complication d'ordre secondaire, au cours d'une infection où, ce qui prime tout, c'est la métrite suppurée ou gangréneuse, il faut enlever l'utérus.

CHAPITRE V

Quelques points de technique.

1°) *Voie vaginale.*

La technique en est trop bien décrite dans le Traité de Gynécologie de Faure et Siredey, dans l'article de Cadenat (*Presse Médicale*, 14 janvier 1920), pour que nous la reproduisions ici. Tout au plus insisterons-nous sur les trois points suivants :

a) En raison de la mollesse et de la friabilité de la paroi utérine, les pinces à kystes sont indispensables pour tirer sur l'utérus.

b) Pour souiller au minimum le champ opératoire, ne pas faire l'hémisection antérieure et enlever l'utérus en bloc, à moins que cela ne rende trop malaisée l'intervention.

c) Se souvenir que lorsque l'hystérectomie vaginale n'est pas rapide et facile, elle oblige le chirurgien à de telles tractions sur le ligament large et son contenu, en particulier les ganglions nerveux hypogastriques et leurs branches, elle devient une opération extrêmement sérieuse.

2°) *Voie abdominale.*

L'anesthésie générale et complète est nécessaire. Nous allons voir dans une seconde pourquoi. Dès que le ventre est ouvert et l'écarteur placé, la première des choses à

faire avant toute manœuvre, c'est la séparation aussi complète que possible du petit bassin avec la grande cavité. Il faut donc que la malade soit en Trendelenburg et qu'elle ne pousse pas : il ne faut pas qu'on aperçoive à un moment quelconque de l'opération une anse grêle. La malade doit donc être endormie à fond. Le chirurgien, lui, devra dans la disposition de ses compresses abdominales, apporter la plus grande minutie, constituant trois véritables sacs isolants, l'un autour du cœcum, l'un autour du colon, le troisième plus difficile à bien faire autour des anses grêles.

Seconde chose à faire : vérifier les pédicules veineux, à l'œil et au doigt. S'ils sont gros, s'ils sont tuméfiés ou indurés, il faudra commencer par les lier par voie transpéritonéale évidemment (méthode de Bumm).

Cela fait, il faudra pratiquer l'hystérectomie totale par les techniques habituelles. Mais, ici, quelques considérations s'imposent :

D'une part, le muscle utérin est œdémateux, mou et friable, il se déchirera facilement ;

D'autre part, les constatations anatomo-pathologiques du Docteur Sabrazès nous ont montré qu'il existait, et en particulier sous la séreuse, de petits abcès histologiques faisant de l'utérus une véritable éponge purulente. Il faut donc éliminer ici tout ce qui déchire, et en particulier les pinces à griffes, pour les remplacer par des pinces à plateaux.

D'un autre côté, toutes les manœuvres devront être effectuées avec la plus grande douceur. Rien ne doit moins ressembler à l'hystérectomie pour infection puerpérale à l'hystérectomie pour fibrome. L'utérus enlevé, un drain et une mèche drainant les paramètres seront placés dans le vagin.

A ce moment, on doit considérer que tout ce qui a touché le vagin évidemment, même aussi tout ce qui a touché le

paramètre, et en particulier les pinces utérines, est souillé et par conséquent changer de gants et d'instruments.

La péritonisation sera soignée, et en deux plans si c'est possible : avant d'enlever les grandes compresses, nous ne saurions trop conseiller de placer un Mickulicz qu'on laissera en place huit jours ; alors il se détachera beaucoup mieux et les dangers de contamination de la séreuse auront disparu. Avant de fermer la paroi, enfin, refaire un champ opératoire et changer de gants.

Reste un dernier point à discuter : pour éviter toute souillure du champ opératoire au moment de l'enlèvement de l'utérus, que convient-il de faire ? Nous pensons que les deux méthodes suivantes ont la même valeur :

1°) Pratiquer la section du vagin entre les pinces de Goullioud, deux en haut, deux en bas ;

2°) Commencer par le temps vaginal où l'on désinserera la partie supérieure du vagin pour le fermer en bourse sur le col, comme on le pratique quelquefois dans l'opération de Wertheim.

OBSERVATIONS

Observation I (Darrigade et Courbin.)

Service de M. le Professeur agrégé Péry.

Il s'agit d'une femme de 41 ans, septiémipare, hospitalisée le 11 mars 1921 à la Maternité, dans le Service de M. le Professeur Andérodias au cours du huitième mois de la grossesse. Cette femme est commerçante et jouit d'antécédents excellents : elle n'a jamais été malade. Les 6 premières grossesses ont été très heureuses : les 6 enfants se portent bien. Elle habite depuis longtemps la campagne.

Les règles de cette femme étaient régulières, abondantes, d'une durée de 6 jours. La grossesse actuelle a évolué dans les mêmes conditions favorables que les précédentes jusqu'au huitième mois. Le 3 mars, et sans cause, un petit suintement sanguin est apparu léger d'abord, mais tenace, persistant jour et nuit et progressif. Une semaine entière, la malade vaque à ses occupations habituelles. Mais, le septième jour, 10 mars, l'hémorragie s'aggrave. Le médecin est mandé d'urgence le 11 mars et jugeant l'état si inquiétant qu'il pratique un tamponnement vaginal serré et envoie la cliente à Bordeaux.

Cette femme arrive le 11 mars à 18 heures à la Maternité, pâle, avec 112 pulsations et 37°4 de température. La tension est de 12, 7 1/2 ; le tamponnement vaginal est enlevé et frappe par sa fétidité.

A l'examen, il s'agit d'une grossesse de 8 mois, en présentation du siège, l'enfant est vivant. Au toucher, le doigt par un col béant tombe sur des cotylédons placentaires, mais en aucun point ne sent les membranes.

En raison des risques d'hémorragie, un gros ballon est appliqué immédiatement entre le placenta et la paroi, à 18 h. 10. Les choses se précipitent, le col se dilate rapidement. A 18 h. 40, les membranes sont reconnues et rupturées. L'extraction, facile, est terminée en quelques minutes.

En raison du danger d'hémorragie venant du placenta décollé, la sage-femme pratique immédiatement la délivrance artificielle, suivie d'une injection intra-utérine iodée et d'un tamponnement cervico-vaginal de sûreté. L'enfant pesait 2 kilog. 320. Le placenta 525 grammes.

Mais l'accouchement avait vraiment marché trop vite et trop bien. A 19 heures, notre malade est saisie d'un frisson violent : le pouls s'accélère et devient incomptable, la pâleur est extrême. Au Pachon, on observe de petites oscillations à peine perceptibles à 6 ; il est impossible de distinguer maxima et minima. Un traitement intensif : réchauffement — toni-cardiaques — 750 gr. de sérum atténuent ces accidents. A 22 h., le pouls a repris, la tension est à 8-6.

12 mars. — Au matin : température 37° ; pouls 120 ; tension 11,7. Le tamponnement est enlevé. Injection intra-utérine iodée. La malade paraît très améliorée.

13 mars. — Température : 39° le matin, 40° le soir avec frisson. Les lochies sont fétides. Abcès de fixation et irrigations toutes les trois heures au Dakin.

14 mars. — Purgation. Grand frisson dans la soirée. Température : 41° ; pouls à 140 ; tension : 9,5. cc. d'huile camphrée toute les 4 heures. Le Dakin est poursuivi.

15 mars. — Transcat à l'isolement de Canolle, dans le Service du Docteur Balard. La malade est secouée à deux reprises, matinée et soirée, par de grands frissons prolongés avec 40° de température. Un examen complet est de nouveau pratiqué : l'euphorie est complète. Sauf du côté des organes génitaux, on ne trouve aucun signe pathologique. L'utérus reste gros et mou : du col s'écoule un liquide noirâtre, horriblement fétide. Le col est assez fermé pour rester impénétrable au doigt. Du côté des culs-de-sac, ni douleur ni empâtement.

Ce qui domine, c'est l'aspect de cette femme qui nous rappelle l'état des grands chocs toxémiques observés au front, avec la dyspnée, la pâleur marmoréenne du visage soulignant la cyanose des lèvres et des extrémités, la sécheresse des muqueuses, l'incontinence des sphincters, contrastant avec le bien être général. D'emblée nous portons un pronostic fatal et nous songeons à l'hystérectomie. Mais la tension est de 9,5, le pouls si mou, la pâleur telle, que nous avons estimé l'échec certain.

Traitement : 10 cc. d'huile camphrée, 10 cc. d'hémostyl *per os*, quinine et cryogénine.

Les jours suivants, l'état reste rigoureusement stationnaire : un deuxième abcès de fixation, une injection de 5 cc. de lait de femme (méthode qui a donné à Courbin de bons résultats dans les infections sévères des enfants) n'amènent aucune amélioration. L'essence de térébenthine n'amènera, cette fois encore, aucune réaction.

Le 20 mars. — Des tâches ecchymotiques, purpuriques, se montrent en divers points du corps ; des escarres sacrées sont en formation. On donne de l'hémoglobine à la malade et elle continue à absorber de l'hémostyl ; tous les jours, piqûres d'électrargol.

Le 23 mars, au matin, nous pratiquons une injection de 30 cc. de sang citraté recueilli sur une femme convalescente d'infection puerpérale légère, soignée dans le Service du Professeur Andérodias. Cette manœuvre ne détermine aucune réaction spéciale. La température est restée normale, les frissons absents, durant 36 heures.

Le 25 mars, après dîner, grand frisson nouveau, particulièrement dramatique. Une large pétéchie couvre tout l'abdomen. On trouve, au niveau de l'orifice pulmonaire, un souffle très net au premier temps, propagé vers la clavicule droite. On ajoute au traitement déjà institué des injections de sérum antistreptococcique.

Le décès survient le 28 mars au matin, toujours dans l'euphorie.

Autopsie. — Pas de rétention, muqueuse utérine en voie

de sphacèle, pas de thrombo-phlébite, rougeur et œdème de l'infundibulum et des sigmoïdes pulmonaires.

Malheureusement, nous n'avons pu avoir l'examen du muscle utérin qui était mollasse et œdémateux.

Observation II.

(M. Autefage, *Journal d'Obst. et de Gyn.*, Juillet 1921.)

Mme D..., primipare, est accouchée le 5 mai chez une sage-femme. Son accouchement a été normal.

Je suis appelé près d'elle le 11 au soir, et la trouve dans un état assez alarmant : elle a 40°8 de température. Son pouls est à 130. Son facies est vultueux, ses yeux excavés. Sa langue est sèche. Elle a du tremblement des mains. Elle n'a pas eu de frisson. Elle se plaint de douleurs au niveau de la fosse iliaque et de la région lombaire droite. Son ventre est un peu météorisé. Elle a des lochies purulentes. L'utérus est assez volumineux, mou, immobilisé, avec un empâtement dans le cul-de-sac droit.

En présence de ces symptômes, je décide de pratiquer l'hystérectomie vaginale, et fais transporter la malade dans ma clinique, où je l'opère le 12 au matin.

L'opération a été assez rapide quoique pénible : j'ai séparé facilement la vessie du col utérin. Mais l'utérus a été difficile à abaisser pour deux raisons : d'abord à cause de sa friabilité, ensuite à cause de la salpingite avec périsalpingite droite qui immobilise le corps utérin. J'y parviens néanmoins après une hémisection antérieure, en me servant tantôt de pinces à traction, tantôt de pinces à plateau. J'enlève ainsi l'utérus qui est friable, sanieux, malodorant. J'enlève aussi les annexes gauches, et laisse les annexes droites qui ne veulent pas descendre. Je mets des pinces à demeure sur le ligament large. Une grande compresse abdominale est introduite dans la cavité péritonéale, à la place laissée libre par la matrice enlevée, une sonde de Malescot est mise à demeure dans l'urètre.

Le 12 au soir, la température qui était de 40° le matin est tombée à 37°. Mais le pouls reste à 120. Les jours suivants, l'état de la malade s'améliore un peu. Le facies devient meilleur. La langue est humide. La malade boit beaucoup et urine. Elle rend des gaz. Il s'écoule par le vagin des pertes purulentes, avec des lambeaux sphacélés. Toutefois, la température qui était descendue remonte aux environs de 39°.

Vers le 18, la malade souffre de nouveau au niveau de la fosse iliaque droite, et je constate à cet endroit l'existence d'un empâtement. Aussi, le 21, nouvelle intervention : incision de ligature de l'iliaque externe, je décolle le péritoine et vais chercher sous la fosse iliaque droite du pus que je ne trouve pas, il s'écoule seulement de la sérosité.

Les semaines suivantes, l'amélioration s'est accentuée peu à peu, les douleurs iliaques ont cessé, les pertes ont diminué puis se sont supprimé. Au toucher, on constate la souplesse du vagin qui reste cependant un peu cartonneux du côté droit. Toutefois, la température rectale continue à osciller autour de 38°5, le pouls autour de 100. La malade quitte la clinique le 15 juin.

Observation III (MM. Péry, Courbin et Pauzat.)

Service de M. le Professeur agrégé Péry.

Péritonite septique puerpérale.

Mme X..., 33 ans, ménagère, entre le 16 décembre 1921 dans le Service de Canolle, avec le diagnostic d'infection puerpérale.

Antécédents. — 4 grossesses normales. Santé constamment excellente.

Histoire. — Accouchement normal le 9 décembre. Suites de couches parfaites les cinq premiers jours, malgré l'absence de soins et les mauvaises conditions hygiéniques, lot de cette femme logée dans un taudis.

Le 14 décembre, très brusquement, surgit un grand frisson

qui dura deux heures et qui fut suivi d'un écoulement très abondant de lochies extrêmement fétides.

Le 15, nouveau frisson au cours duquel la malade aurait eu des lipothymies.

Le 16, au matin, son médecin trouvant son facies très changé, la fait hospitaliser.

Examen. — Facies livide et grippé, rappelant celui des grands shockés toxémiques du front.

Température 37°; pouls à 100, très bien frappé, très régulier, avec cœur normal.

Légère dyspnée *sine materia*.

Délire calme, tranquille, contrastant avec l'absence de fièvre.

Langue normale, ni coliques, ni vomissements, ni diarrhée.

Ventre plat, sensible dans la région sous-ombilicale au palper du corps utérin, mais point lorsque le doigt s'enfonce dans les fosses iliaques ou l'abdomen supérieur.

Ni contracture, ni hyperesthésie cutanée, ni disparition du réflexe cutané abdominal, percussion normale.

Mais le ventre est complètement immobile dans les mouvements respiratoires.

Toucher vaginal. — Utérus extrêmement mou, douloureux, béant ; douleur à la pression dans les culs-de-sac où l'on n'a aucune autre sensation anormale. Pertes purulentes, fétides, avec traînées sanglantes.

Toucher intra-utérin. — L'utérus est vide.

Le 17, état stationnaire. Température 38°9, le pouls reste à 100, excellent au point de vue clinique. Mais, au Pachon, la tension est de 11-7, l'indice de 1/2 seulement.

Vers 15 heures, les vomissements apparaissent : le ventre se sensibilise ; les nausées restent incessantes toute la nuit, le délire devient violent et agité.

Le 18, le syndrome péritonéal se complète : facies classique, contracture douloureuse généralisée du ventre.

Sous anesthésie locale, M. Courbin pratique une boutonnière abdominale sus-pubienne médiane, d'où s'écoule un liquide

bouillon sale, avec débris pseudo-membraneux, et met en place deux drains, l'un dans le Douglas, l'autre dans le cul-de-sac antérieur.

Aucune amélioration. Mort le 20 au matin, avant qu'on puisse tenter l'autovaccin préparé par M. le Docteur Pauzat.

L'hémoculture a été positive : streptocoques.

Examen du pus abdominal. — Nombreux polynucléaires en cytolyse, très nombreuses chaînettes de streptocoques.

Autopsie. — Météorisme énorme, portant sur le grêle et l'estomac, anses rouges, très dilatées.

Peu de liquide : bouillon sale avec débris de fausses membranes, fausses membranes verdâtres sur la convexité du foie.

Ovaires, trompes, ligaments larges, veines hypogastriques normaux.

Utérus mou, portant encore l'empreinte des anses grêles dilatées ; ouvert, montre une cavité remarquablement lisse, un peu rougeâtre, sans le moindre débris.

Le Professeur Sabrazès, qui a pratiqué l'examen anatomo-pathologique, nous a envoyé les résultats suivants : utérus profondément infecté avec abcès disséminés, abcès à contours irréguliers, à leucocytes polynucléés en pycnose.

On trouve des foyers lymphocytiques périvasculaires très denses, de l'œdème interstitiel des fibres musculaires, avec ça et là des phénomènes d'endovascularite.

Dans les segments remis, on ne trouve plus trace de muqueuse, ni de glandes, l'inflammation semble intéresser surtout le muscle utérin.

Observation IV (MM. Péry et Courbin).

Serv. de M. le Prof. agrégé Péry.

Métrite puerpérale grave accompagnée de toxémie profonde et suivie de mort.

Mme B..., 19 ans, primipare, entre à la Maternité le 24 octobre 1921, pour y accoucher.

Antécédents banaux. Grossesse ordinaire. Accouchement et délivrance normales, le 28 octobre 1921.

Suites de couches normales jusqu'au 4 novembre.

Le huitième jour, par conséquent, après l'accouchement, à 7 heures du soir, brutalement, apparition d'un grand frisson avec une température de 42°1, un pouls à 120, contrastant avec une euphorie parfaite.

Traitement : purgation, abcès de fixation, électrargol.

Le pouls reste élevé, la température à 39°.

Le 7 novembre, nouveau frisson solennel avec 42° ; pouls à 120.

La malade est envoyée au pavillon de Canolle. Voici les signes observés :

Localement, le corps utérin reste élevé, douloureux, très mou. Absolument rien du côté des annexes, le toucher montre un col béant : les pertes sont jaune sale, abondantes, extrêmement fétides.

Le ventre est souple, indolore (sauf évidemment au niveau de l'hypogastre, dans la zone utérine).

Le signe de Delbet est négatif, il n'y a aucune trace de réaction péritonéale.

L'examen des divers organes est complètement négatif.

Les signes généraux dominent la scène : le facies est profondément grippé, le teint terreux, les lèvres légèrement cyanosées ; les yeux restent parfaitement normaux et ne traduisent aucune angoisse. L'euphorie est complète. La température oscille entre 38° et 40°. Pouls à 110, régulier mais mou. Au Pachon : 11, 7 1/2 ; indice : 1/2. Urines normales.

En résumé, trois choses chez cette femme nous ont frappé : son aspect de grande intoxiquée ; son hypotension ; l'état de son utérus, gros, douloureux, mou ; le col béant, avec des pertes fétides.

Diagnostic. — Métrite parenchymateuse grave avec, soit abcès, soit gangrène du muscle utérin, accompagnée en tous cas de toxémie profonde.

Que faire : hystérectomie vaginale ou traitement médical ?

Nous étions déjà au cinquième jour d'une toxi-infection très grave : M. le Professeur Péry et moi avons jugé le moment opportun, le moment de l'intervention passé, et nous avons tenté le sérum antistreptococcique, alternant le sérum ordinaire et le sérum de Mme Vinavert, à raison de 60 centimètres cubes tous les jours ; en même temps, second abcès de fixation et injection de deux ampoules d'iodéol.

L'insuccès a été complet : la fièvre n'a point cessé d'osciller entre 39° et 40°, le pouls d'avoisiner 120, l'état général d'empirer peu à peu et de jour en jour.

Cette femme mourait, dans une euphorie remarquable, le 22 novembre, deux jours après avoir quitté le service, dix-huit jours après le début des accidents.

Observation V (MM. Péry et Courbin).
Ser. de M. le Prof. agrégé Péry.

Un cas d'hystérectomie pour infection puerpérale grave, thrombo-phlébite des veines du ligament large.

Il s'agit d'une primipare de 23 ans, de santé excellente, qui a accouché normalement le 13 février.

Quatrième jour. — Température 38°, écoulement des lochies fétides traité par des irrigations intra-utérines au Dakin toutes les trois heures.

Cinquième jour. — Temp. du matin et du soir 40°, pouls à 130 ; après abcès de fixation, la malade nous est envoyée.

Sixième jour. — Temp. du matin et du soir 40°3, pouls à 130, facies excellent. Euphorie complète, langue humide, urines abondantes, pas de signe de Delbet, utérus un peu mou, mais se contractant de temps en temps sous la main, pertes fétides, roussâtres.

La tension, enfin, est de 17-8 ; indice : 5 1/2.

Septième jour. — Même état. Malgré l'avis du médecin qui a envoyé la malade et qui affirme que le délivre est complet,

nous portons le diagnostic de rétention placentaire. Le curage digital ramène, en effet, un cotylédon putrilagineux.

Huitième et neuvième jour. — Détente relative. Température 37°8, pouls à 124.

Dixième jour. — Malgré 80 centimètres cubes de sérum antistreptococcique, les phénomènes infectieux s'allument de nouveau très intenses. Délire, le facies devient terreux, le fond utérin reste élevé et mou ; par crainte d'une rétention de caillots, on explore sa cavité, sans résultat d'ailleurs. Le vagin est très rouge, des placards verdâtres de fausses membranes voilent, ça et là, sa surface.

Onzième jour. — Température 39°8, pouls à 140, tension 14-8.

La triade : facies toxique, utérus gris et mou, pertes noirâtres et fétides est des plus nettes. Depuis la veille, tous les moyens médicaux ont échoué, l'abcès de fixation n'a réagi que très faiblement.

Dans ce cas particulier, l'infection est déjà bien généralisée. Cependant, en dernière ressource, nous avons tenté l'hystérectomie.

Nous comptions trouver un gros utérus parsemé de petits abcès histologiques, cela et pas autre chose, car les culs-de-sac étaient remarquablement souples, le ventre plat, indolore, le signe de Delbet manquait. Par quelle voie agir ? Le vagin est vraiment trop enflammé, trop couvert de fausses membranes pour que nous passions par là. Bien nous en prit d'ailleurs.

Car nous sommes tombés sur des lésions complexes et nettement au-dessus de l'art.

Le ventre ouvert, on constate que le paramètre gauche est énorme et semble continuer le bord gauche de l'utérus ; il y a là un œdème, une infiltration extrêmement étendue, remontant même du côté gauche, le long du paquet ovarien.

Où se trouvent les organes nobles, dans cette masse œdémateuse ? D'emblée une totale apparaît impossible. Nous faisons une subtotale avec évidement du moignon cervical ; mais la section des veines utérines gauches fut suivie d'un écoulement de pus par la tranche de section. Le gros œdème dont

je viens de parler dépendait donc d'une phlébite suppurée dont le pronostic ne faisait pas de doute. Il ne suffisait plus d'enlever l'utérus, il fallait lier la veine hypogastrique, seule chance à donner à l'opérée d'échapper aux embolies septiques. Nous avons esayé, mais tout de suite, l'isolement d'une veine enflammée, parmi des organes aussi capitaux que l'artère iliaque externe, l'hypogastrique, l'uretère, au milieu de flots de sérosité, nous a paru devoir constituer une tentative folle. Pour terminer, nous avons placé une mèche dans le col et, sur le plancher péritonéal reconstitué avec soin, un drainage à la Mickulicz.

La fièvre est tombée à 38°5. Le pouls est resté à 140. Le shock a été très relatif, de telle sorte que nous sommes persuadé que, si nous avions eu à faire simplement à des lésions utérines, notre malade eut été sauvée. Elle a survécu six jours. Le cinquième jour, il y eut même une détente relative : pouls à 132, facies meilleur, besoin de toilette, de coquetterie du visage, mais dans la nuit un point de côté brusque, avec toux quinteuse, survient : mort le lendemain dans des phénomènes dyspnéiques.

Autopsie. — Légère réaction péritonéale limitée à l'étage inférieur. Le Mickulicz et le grand épiploon ont protégé le reste de la cavité.

Sous le voile péritonéal, le moignon cervical et la base du paramètre gauche ont un aspect sanieux et purulent.

Des deux côtés, les veines utéro-ovariennes sont thrombosées, la veine hypogastrique droite est saine et vide ; la gauche, au contraire, est trois fois plus grosse, mais contrairement aux plexus péri-utérins qui contenaient du pus, ici, on ne trouve que des caillots.

Poumon droit. — Congestion intense de la moitié inférieure, pas de gros infarctus typiques ; il est probable qu'il y a eu une petite embolie septique avec grosse réaction inflammatoire secondaire. Par ailleurs, rien de particulier.

Examen du pus phlébitique péri-utérin : streptocoques.

Examen d'un fragment utérin prélevé : la muqueuse est remplacée par une couche purulente.

Utérus profondément infecté : on trouve de véritables petits abcès jusqu'à proximité de la séreuse.

Le péritoine est très épaissi.

Observation VI (MM. Péry et Balard).

Serv. de M. le Prof. agrégé Péry.

A propos d'une hystérectomie..... fort heureusement différée et évitée dans un cas d'infection post-abortum.

Femme de 33 ans, née à Strasbourg, entre dans le service de Canolle le 2 février 1921, pour un avortement incomplet.

Antécédents. — Deux grossesses à terme normales. D. R. 18 au 21 octobre 1920. Dans le courant de Janvier, divers moyens abortifs ont été employés, entre autre une injection intra-cervicale d'eau savonneuse.

Vers le 25 janvier, suintement sanguin sans odeur, pas de fièvre.

Le 2 février, au matin, expulsion de deux fœtus de 8 à 10 centimètres de long. Aurait eu à ce moment 40° de température.

Examen. — Arrive dans l'après-midi à Canolle. Col perméable mais anneau resserré au niveau de l'orifice interne.

Curage digital pratiqué immédiatement, assez pénible, mais complet : extraction de deux masses placentaires très fétides, insérées séparément dans chaque corne. Injection intra-utérine à l'eau iodée.

Un quart d'heure après, grand frisson ; 40°8.

Dans la nuit, douleurs abdominales continues; frisson; 39°5.

3 février. — Température 37°8. Hoquet ; pas de vomissements.

4 février. — Tempér. 40°. Frissons répétés, facies grippé. Pouls 140. Ventre souple partout, douleur localisée au niveau de l'utérus pourtant bien régressé.

Devant cet état général des plus graves et la persistance d'une douleur localisée au niveau de l'utérus, contrastant avec la souplesse du reste de l'abdomen, la question de l'hystérectomie se pose pour supprimer le foyer d'infection.

On décide d'intervenir, mais, pour des raisons matérielles, l'intervention est différée jusqu'au lendemain matin.

En attendant, abcès de fixation : électrargol intra-veineux, sérum adrénaliné.

Le 5 au matin, la malade est examinée par le Docteur Lacouture, qui se propose de pratiquer une hystérectomie vaginale. Il constate, et nous constatons avec lui une défense musculaire dans toute la fosse iliaque droite, alors que le ventre était, la veille partout, parfaitement souple. Au toucher, l'utérus n'est plus que très peu mobile, et on trouve une grosse masse annexielle à droite.

M. Lacouture estime qu'une telle masse contre-indique formellement une hystérectomie vaginale, la seule qui puisse être pratiquée sur une femme aussi choquée, car l'infiltration du paramètre et l'extirpation de cette masse entraîneraient de gros délabrements et disséminerait encore l'infection.

En outre, nous sommes d'avis, avec lui, que cette lésion annexielle témoignant d'une localisation de la septicémie, est justement la preuve que l'infection générale est arrêtée et s'est fixée au moins provisoirement sur les annexes droits. Une telle fixation modifie complètemnt le pronostic, et, autant qu'on puisse être affirmatif en pareille matière, permet de dire que la malade guérira.

Pour toutes ces raisons, l'hystérectomie est repoussée.

6 février. — L'abcès de fixation réagit, la température s'abaisse, le hoquet et les frissons disparaissent.

9 février. — Amélioration des plus nettes.

26 mars. — La malade quitte le service complètement guérie. La masse annexielle droite a entièrement disparu par résolution.

CONCLUSIONS

I. — Les indications de l'hystérectomie dans l'infection puerpérale ne se posent que rarement, dans 2 % des cas environ.

II. — Tout signe de localisation extra-utérine de l'infection la déconseille formellement (induration de thrombophlébite ou de cellulite pelvienne diffuse mise à part).

III. — En l'état actuel de la question la règle de J.-L. Faure, bien qu'ayant une valeur sérieuse, conduirait à un trop grand nombre d'hystérectomies inutiles. Nous pensons que les triades du Docteur Courbin, sans évidemment épuiser le débat, doivent entrer sérieusement en ligne de compte parce qu'elles sont précisément symptomatiques du moment où l'infection dépasse la muqueuse pour frapper le muscle. On ne les a jamais rencontré encore dans des cas qui ont guéri. Sans doute le temps nous fixera sur leur valeur. Mais nous pensons que, dès leur apparition, il faut intervenir sans retard. En tous cas, aucun signe clinique n'indique l'intervention avant leur manifestation.

IV. — La voie vaginale est la voie de choix ; l'abdominale doit être comme pis aller.

V. — Il ne faut pas trop compter sur le résultat de l'intervention. La situation des infectées graves peut être comparée à celle des sujets atteints de gangrène ou de phlegmon diffus envahissant. L'amputation, hélas, est loin de les sauver toujours.

VU, BON A IMPRIMER :
Le Président,
Maurice RIVIÈRE.

VU :
Le Doyen.
Dr C. SIGALAS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 13 Décembre 1922.
Le Recteur de l'Académie,
R. THAMIN.



BIBLIOGRAPHIE

WINTREBERG. — De l'ablation de l'utérus dans les fièvres puerpérales. (Thèse Paris, 1895.)

BONAMY. — Thèse de Paris, 1895.

FRAENKEL (E.). — *Deutsche médic. Wochenschrift*, 1896.

BROSSET. — Thèse de Paris, 1898.

PROCHOWNICK. — Die Ausscheidung der puerpéral septischen. Gebarmütter, Monatschr, f. Geburth. ü. Gynaek, 1899.

TUFFIER et BONAMY. — *Revue de Gynécologie*, 1899, n° 4.

TUTTLE. — *Boston médic. and surgic. Journal*, 1899.

HOLMES (B.). — *Journal of American medical Association*, 1899.

BEAUSSENAT. — Thèse Paris, 1900.

CURRIER. — *Americ. gynec. and obstetrics Journal*, 1900.

Bulletins de la Société de Chirurgie, 1901.

Bulletins de la Soc. d'Obstétrique de Paris, 1901, n°s 5, 6, 7, 8.

POIRIER. — Société de Chirurgie, 1901.

PICQUÉ. — Société de Chirurgie, Paris, 1901.

CHAPUT. — Société de Chirurgie, 1901.

TERRIER. — Société de Chirurgie, Paris, 1901.

RICARD. — Société de Chirurgie, Paris, 1901.

ROCHARD. — Société de Chirurgie, Paris, 1901.

BENOIST. — Thèse de Paris, 1901.

Bulletins de la Société d'Obstétrique de Paris, 1902, n° 3.

Revue de Gynécologie, 1902, n° 5. (Rapports de TUFFIER, FREUND, TREUB et LÉOPOLD.)

Revue de Gynécologie, 1903, n° 3. (Rapports de PINARD et CORTIGUERA, au Congrès de Madrid.)

CESTAN. — *Toulouse Médical,* 1903.

MOUCHOTTE. — Thèse de Paris, 1903.

GOUILLIOUD. — *Bulletin Soc. de Chir. de Lyon,* 1904.

VINCENT et CABANES. — *Bull. Médic. Algérie,* 1904.

LEMOINE. — *Journal de Chirurgie,* Bruxelles, 1904.

— *Ann. Soc. Belge de Chirurgie.*

PICHEVIN. — *Semaine Gynécologique,* Paris 1904.

PINARD (A.). — Internat Clinic. Philadelphia, 1904.

THOMAS (Paul). — Thèse de Paris, 1904.

CAMUS (Jean). — Thèse de Paris, 1905.

DANIEL. — *Archives gén. de Médecine,* Paris 1905.

DELETTREZ. — Congrès de Chirurgie, Bruxelles, 1906.

LABUSQUIÈRE. — *Ann. de Gynécologie et d'Obstétrique,* 1906.

PAUL (Ch.). — Thèse de Paris, 1906.

CLÉMENT. — Thèse de Paris, 1907.

SIMON. — Thèse de Paris, 1909.

GORDON. — *British Med. Journ. London,* 1909.

WILLIAMS. — *American Journ. of Obst. New-York,* 1909.

MICHELS (E.). — *Lancet London,* 1909.

PAUTZER (H.-O.). — *American Journ. of Obst. New-York,* 1909.

MONTGOMERY. — *Surg. Gynec. et Obstetric. Chicago,* 1910.

Bulletins de la Société de Chirurgie de Paris, 1910.

WEIT (J.). — Prakt. Ergebn. d. Geburtsh. u. Gynaek. Wiesl, 1910.

FRAIPONT (F.). — *Scalpel,* Liège 1910.

RESINELLI. — *Gynecologia Firenze,* 1910.

BOVIN. — *Nov. Med. Ark. Stockholm,* 1911.

RASPINI (M.). — *Ann. di ost. Milano,* 1911.

BARBIN. — Thèse de Bordeaux, 1913.

BONNEAU, M. C. CAMI, CROUSSE, LOCROY. — *Archives mensuelles d'Obstétrique et de Gynécologie,* 1914.

RIBEMONT, DESSAIGNES, LEPAGE. — Précis d'Obstétrique, 1914.

MENGUEY. — Drainage de l'utérus post-partum. (Thèse de Toulouse, 1919-1920.)

CADENAT. — L'hystérectomie vaginale. (*La Presse Médicale,* 14 janvier 1920.)

FAURE (J.-L.). — Compte-Rendu de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie, Paris, mai 1920.

BALARD. — De la valeur pronostique des examens oscillométriques dans les infections puerpérales. (*Bulletin d'Obstétrique et de Gynécologie,* 12 avril 1921.)

BENOIST. — Curettage dans les suites de couches. (Thèse de Paris, 1921.)

Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique, 1921, n° 11. (Rapports de MM. POTVIN et COTTE au Congrès de Paris.)

PÉRY et BALARD. — *Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique*, juillet 1921.

PÉRY et COURBIN. — *Bulletin d'Obstétrique et de Gynécologie*, 1921, n°s 5 et 6.

PÉRY, COURBIN, PAUZAT. — Deux cas de péritonites septiques puerpérales. (Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Bordeaux, 14 février 1921.)

COURBIN. — Les indications chirurgicales dans l'infection puerpérale, 1921.

PÉRY et COURBIN. — Sur un cas d'hystérectomie dans l'infection puerpérale. Considérations sur le diagnostic des thrombo-phlébites des veines du ligament large. (Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Bordeaux, 1922.)

MORGENSTEIN. — De l'hystérectomie dans l'infection puerpérale. (Thèse de Paris, 1922.)

VANVERTS (J.). — Des indications de l'hystérectomie tirées des résultats du curettage dans l'infection post-abortum. (*Gynécologie et Obstétrique*, avril 1922.)

BENOIST. — Thèse de Paris, 1922.

TOUBOL. — Valeur et indications de l'hystérectomie dans l'infection puerpérale. (Thèse de Bordeaux, 1922.)

Imp. V. CAMBETTE, 91, cours de la Marne. — Bordeaux.


ROMA