

CHAPITRE III

DÉSINFECTION DES ORGANES GÉNITAUX

La désinfection doit porter sur les organes génitaux externes et internes : il importe, d'une part, que la vulve soit propre afin qu'en pratiquant le toucher, le doigt n'y rencontre pas de micro-organismes qu'il irait ensuite transporter dans le vagin et même sur le col; d'autre part, le vagin doit être débarrassé, avant l'accouchement, des microbes qu'il renferme même à l'état normal, parce que, immédiatement après l'expulsion du fœtus, il y aura des solutions de continuité, des plaies contuses qui seront autant de portes d'entrée pour ces agents infectieux.

Désinfection de la vulve. — Elle sera plus ou moins rigoureuse, suivant le milieu social de la femme que l'on assiste; s'il s'agit d'une femme prenant quotidiennement une injection, faisant des lotions savonneuses des organes génitaux externes, il suffira le plus habituellement de faire une toilette un peu plus soignée avec un tampon d'ouate imbibé de solution antiseptique.

Dans les Maternités, où les femmes arrivent malpropres, il est de règle de leur faire prendre un bain savonneux, voire même aromatique, comme à la Clinique Baudelocque; puis on les engage à se savonner fortement les organes génitaux.

Lorsqu'elles sont sorties du bain, une infirmière fait avec soin la toilette externe; si les poils de la vulve sont longs, difficiles à nettoyer, on les coupe avec des ciseaux ou même on rase les poils de la région génitale comme on doit le faire avant toute opération obstétricale. Mais le rasoir ne doit pas porter, comme on le fait habituellement en chirurgie, sur tout le système pileux des organes génitaux et en particulier sur le mont de Vénus; il suffit de raser tous les poils situés au-dessous d'une ligne horizontale passant par la partie supérieure de la vulve, c'est-à-dire le système pileux des grandes lèvres.

Avant comme après l'accouchement, voici comment on procède à la *toilette antiseptique*: la personne qui en est chargée se désinfecte soigneusement les mains, prépare quelques tampons de coton hydrophile dans une solution antiseptique tiède. La femme est installée sur le bidet; on commence par bien nettoyer la face interne des cuisses en ayant soin de ne jamais retremper dans la cuvette le coton qui a déjà servi au nettoyage; on prend ensuite des tampons imbibés que l'on exprime sur la vulve; le liquide entraîne les impuretés, les mucosités qui se trouvent dans les poils.

Il est bon, par un lavage direct, de nettoyer ces poils ainsi que les plis qui

se trouvent à la partie supérieure de la vulve : à la fin de cette toilette, on fait couler sur la vulve ce qui reste de liquide antiseptique dans la cuvette.

Injection vaginale. — Cette toilette des organes génitaux externes est nécessaire avant de pratiquer une injection vaginale; pour préparer celle-ci, on se sert soit d'une solution antiseptique faite par le pharmacien, soit d'eau bouillie à laquelle on ajoute une certaine quantité de solution antiseptique concentrée.

Bien entendu l'injecteur est nettoyé à fond; on y passe de l'eau très chaude et, au besoin, on y fait flamber un peu d'alcool; la canule qui sert à l'injection n'est sortie du liquide antiseptique où elle trempe en permanence que pour agiter le liquide contenu dans l'appareil lorsqu'on y a ajouté un peu de la solution antiseptique.

La femme est couchée, les épaules basses et le siège élevé, reposant sur un bassin : le liquide pénètre plus facilement et surtout baigne plus longtemps les organes génitaux internes; l'injection prise debout ou dans la position accroupie n'a qu'une action imparfaite.

Le liquide antiseptique est préparé à la température voulue et en quantité suffisante; l'accoucheur, qui s'est soigneusement nettoyé les mains, laisse couler un peu de liquide afin d'expurger la canule d'air; puis, écartant légèrement les grandes lèvres, il fait pénétrer doucement la canule dans le vagin, en ayant soin de ne pas toucher le clitoris, en suivant de préférence la commissure postérieure; lorsque la canule est dans le vagin, elle est maintenue à égale distance des parois supérieure et inférieure.

La canule ne doit pas être poussée profondément à moins d'être dirigée avec un ou deux doigts. Dans les injections qui sont faites pendant le travail, deux doigts ainsi introduits servent à frotter la paroi vaginale, à bien nettoyer les culs-de-sac (fig. 147). L'injection qui est faite aussitôt après l'accouchement doit être donnée avec grand soin.

L'injection est pratiquée lentement, afin que le liquide ne s'accumule pas en trop grande quantité dans le vagin; la pression du liquide ne sera pas trop forte, pour ne pas distendre outre mesure les culs-de-sac. L'injecteur ne doit pas être élevé à plus de 30 à 60 centimètres au-dessus du plan du bassin de la femme. De cette façon, on peut maintenir plus longtemps le contact du liquide avec le col utérin et la muqueuse vaginale.

Il faut cesser l'injection et retirer la canule avant que tout le liquide se soit écoulé, de peur de faire pénétrer de l'air dans le vagin. On recouvre immédiatement la vulve avec une compresse antiseptique ou un tampon d'ouate stérilisée. Avant de retirer le bassin, surtout chez les primipares à périnée résistante, il est bon de faire asseoir un peu la femme, afin que le liquide ne reste pas en trop grande quantité dans le vagin; on obtient le même résultat en déprimant la fourchette avec la canule et en pressant avec la main sur la région hypogastrique.

Quant à l'injection vaginale qui est pratiquée après la délivrance, on la fait généralement sans introduire les doigts dans le vagin : la figure 148 montre que le liquide de l'injection baigne non seulement le vagin, mais une bonne partie du segment inférieur de l'utérus resté béant et assez flasque.

Une injection vaginale pratiquée de la sorte ne crée pas le moindre danger; elle est à l'abri des dangers qui ont été signalés à la suite des injections vaginales (phénomènes de shok, syncope, rupture des culs-de-sac, etc.).

Ce n'est pas sans un certain étonnement qu'on voit Chamberlain affirmer qu'il a observé 12 cas de péritonite consécutives aux injections vaginales chaudes; de même Frank Ferster et Mundé reconnaissent que les injections vaginales peuvent provoquer des phénomènes dangereux. Le seul inconvénient d'une injection même bien faite, c'est d'exposer la femme à l'intoxica-

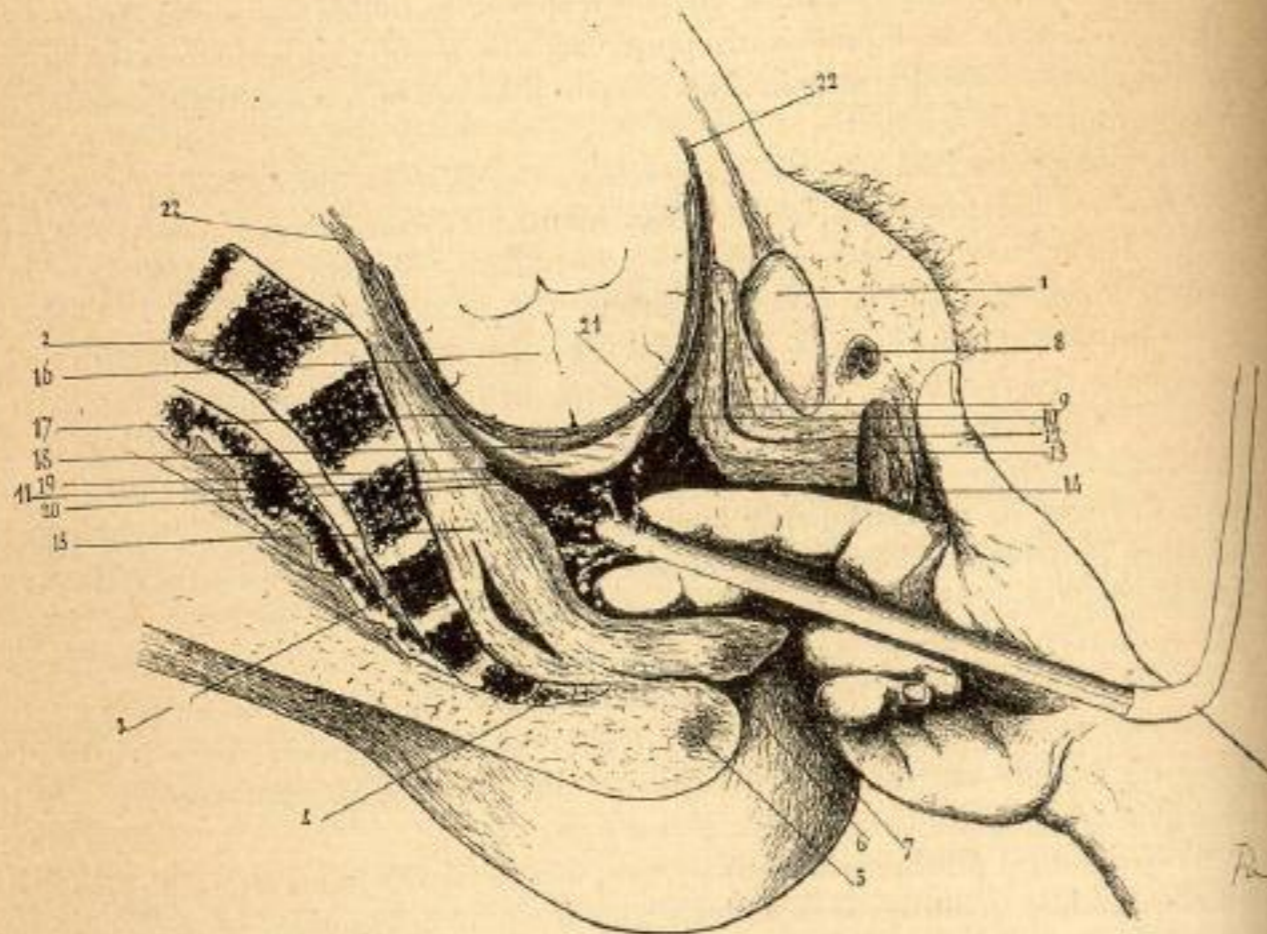


Fig. 147. — Injection vaginale faite chez une femme en travail avec une canule guidée par l'index et le médius de la main droite.

1, Pubis. 2, Angle sacro-vertébral. 3, Sacrum. 4, Coccyx. 5, Périnée postérieur. 6, Anus. 7, Périnée antérieur. 8, Clitoris. 9, Vessie. 10, Cul-de-sac antérieur du vagin. 11, Cul-de-sac postérieur. 12, Réol urinaire. 13, Petites lèvres. 14, Grandes lèvres. 15, Rectum. 16, Coupe du cervix du fœtus. 17, Coir chovetu. 18, Bosse séro-sanguine. 19, Poche des eaux. 20, Lèvre postérieure du col. 21, Lèvre antérieure du col. 22, Paroi utérine au niveau du segment inférieur.

tion médicamenteuse, lorsqu'il existe une plaie vaginale étendue et qu'on emploie une solution antiseptique trop forte.

Injection intra-utérine. — Elle est plus délicate à faire; c'est une petite opération, un véritable cathétérisme qui doit être pratiqué par l'accoucheur lui-même ou par une sage-femme très expérimentée; elle ne doit jamais être confiée à une personne ne connaissant pas l'anatomie du conduit utéro-vaginal.

La femme peut rester allongée dans son lit, le bassin relevé, pour permettre d'abaisser l'extrémité de la canule; cette manœuvre est encore plus facile à exécuter lorsque la femme est en travers du lit dans la position obstétricale.

Toute injection intra-utérine doit être précédée d'une injection vaginale faite avec une canule vaginale; puis le doigt va à la recherche du col ou de son orifice externe; ce qui, dans certains cas de délabrement de l'orifice utérin, à la suite d'une application de forceps ou même après un accouchement simple, peut présenter quelques difficultés.

L'index et le médius de la main droite pénètrent dans le vagin; le médius est introduit doucement dans le canal cervical, tandis que l'index recourbé s'insinue dans le cul-de-sac antérieur et presse sur la face antérieure de

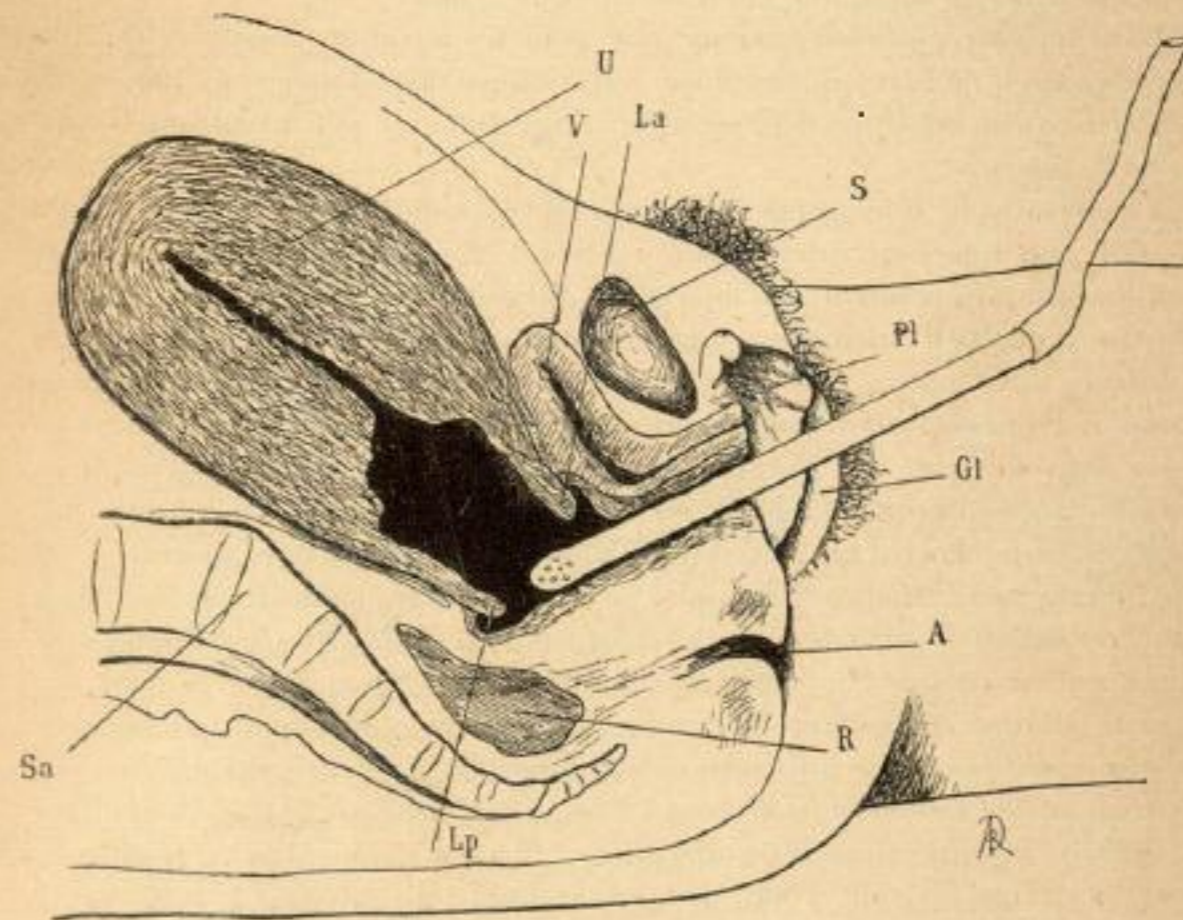


Fig. 148. — Injection vaginale faite immédiatement après la délivrance.

U, Uterus. V, Vessie. S, Symphyse. Pl, Petites lèvres. Gl, Grandes lèvres. A, Anus. R, Rectum. Sa, Sacrum. Lp, Lèvre postérieure du col. La, Lèvre antérieure du col.

l'utérus pour corriger l'antéversion. La sonde, guidée par le médius, pénètre peu à peu dans l'utérus; elle a été préalablement amorcée en y faisant passer un certain courant de liquide pour l'expurger d'air.

Il est inutile d'insister sur le danger qu'on ferait courir à la femme en engageant la canule dans l'un des culs-de-sac et en l'y poussant sans tenir compte de la résistance éprouvée.

Le sonde doit entrer sans violence dans l'utérus, comme un cathéter dans l'urèthre; elle éprouve parfois une certaine difficulté à franchir l'orifice interne.

Avant de laisser couler le liquide dans la sonde, on s'assure qu'elle est bien dans l'utérus: on peut, avec quelque habitude, en sentir l'extrémité à travers les parois utérine et abdominale.

L'injection est faite doucement, sans trop de pression, une main tenant la canule, l'autre appuyée sur l'utérus et surveillant s'il ne se distend pas outre mesure. Parfois le liquide ne revient pas tout de suite; il ne faut pas s'en effrayer, alors même que la femme accuse une douleur: c'est une contraction utérine qui oblitère les yeux de la sonde et empêche le liquide de couler. L'utérus est alors globuleux et dur.

Lorsqu'on veut débarrasser l'utérus des caillots ou des débris qu'il renferme, Pinard recommande d'imprimer à la sonde des mouvements de diduction qui brassent le liquide et en facilitent le retour.

Il est ici plus nécessaire encore que pour les injections vaginales d'éviter la pénétration de l'air; il faut donc n'introduire dans l'utérus qu'une sonde soigneusement expurgée d'air et cesser l'injection un peu avant que l'injecteur ne soit vide.

Tarnier attache une grande importance au liquide antiseptique avec lequel on fait une injection intra-utérine: d'après lui, la plupart des accidents rapides observés pendant les injections intra-utérines « ne reconnaissent le plus souvent pas d'autre cause que la pénétration d'une certaine quantité de substance antiseptique dans les sinus utérins et, de là, dans la grande circulation ». Se basant sur l'observation clinique et sur l'expérimentation (injections dans la veine de l'oreille de plusieurs lapins, avec les principaux liquides antiseptiques employés en injections intra-utérines), Tarnier formule ainsi le choix d'un antiseptique pour les injections intra-utérines: « Il faut, d'une part, renoncer à l'emploi de l'acide phénique, du lysol, du phénosalyl, du sulfate de cuivre et du perchlorure de fer; d'autre part, veiller avec grand soin à ce que l'appareil injecteur soit complètement purgé d'air. — Avec le sublimé corrosif et le biiodure de mercure, on exposerait les nouvelles accouchées à une intoxication lente, parfois mortelle; il convient, par conséquent, de renoncer également à l'emploi de ces deux antiseptiques dans la pratique des injections intra-utérines. — Pour ces injections, il reste donc l'iode à 2 ou 5 pour 1000, le permanganate de potasse à 0,25 ou à 0,50 pour 1000, la microcidine à 4 pour 1000, l'acide salicylique à 5 ou 5 pour 1000. Parmi ces antiseptiques, l'iode est à ce point de vue d'une puissante efficacité, et, à mon avis, il doit être placé au premier rang. Le permanganate de potasse est un peu moins efficace comme microbicide et vient au second rang. La microcidine et l'acide salicylique leur sont inférieurs. Quant à l'acide borique et au naphтол, dont je n'ai pas recherché la toxicité, ce sont des antiseptiques de très médiocre valeur, qui doivent être réservés pour quelques cas particuliers dans lesquels une raison quelconque s'oppose à l'emploi de tous les autres antiseptiques. — De tous les antiseptiques que j'ai employés en injections intra-utérines, l'iode est celui qui m'a donné les résultats les plus satisfaisants, à la dose de 5 gr. ou de 2 gr. pour 1000, que j'abaisse même à 2 gr. pour 1500 quand la première dose produit des cuissons.... On peut d'ailleurs très notablement atténuer ces cuissons en lubrifiant la vulve, le périnée et l'anus avec de la vaseline, avant

¹ De l'asepsie et de l'antisepsie en obstétrique, p. 685.

de procéder à l'injection. J'attribue l'efficacité de l'iode, non seulement à sa puissance antiseptique, mais encore à la facilité avec laquelle il pénètre dans l'épaisseur des tissus, tandis que le sublimé et l'acide phénique n'agissent guère qu'en surface. »

Une certaine expérience est nécessaire pour bien pratiquer une injection intra-utérine; même faite avec soin, elle peut donner lieu à des accidents plus ou moins graves (phénomènes de shok, intoxication, perforation

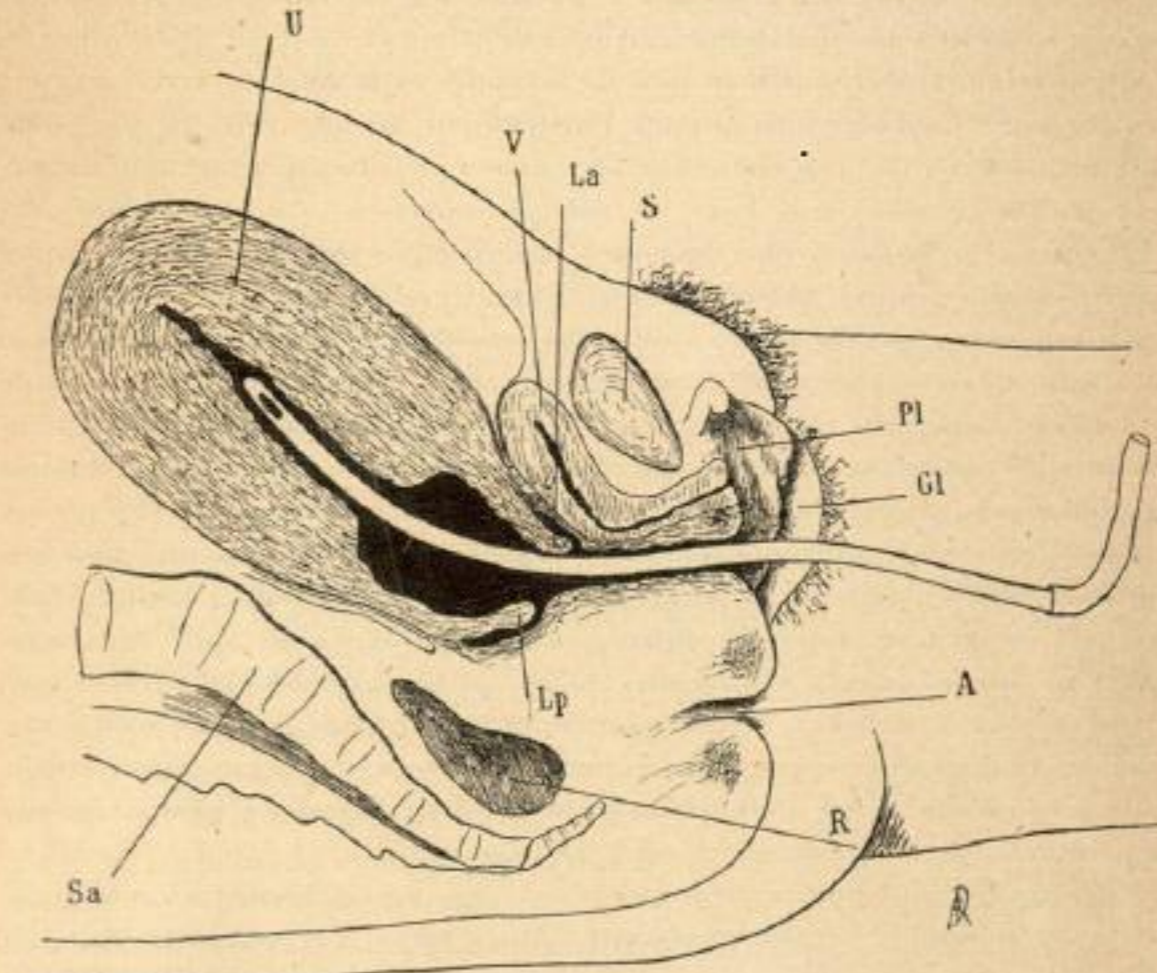


Fig. 143. — Injection intra-utérine après la délivrance (imitée de H. Varnier).

U, Uterus. V, Vessie. La, Lèvre antérieure du col. S, Symphyse du pubis. Pl, Petites lèvres. Gl, Grandes lèvres. A, Anus. R, Rectum. Lp, Lèvre postérieure du col. Sa, Sacrum.

utérine, etc.). Aussi, à notre avis, faut-il en être très sobre et ne l'employer que dans des cas déterminés. Il nous paraît inutile, voire même dangereux, de faire systématiquement après chaque accouchement une injection intra-utérine; si cette conduite ne cause aucun accident dans un service où se trouve un personnel de choix, il n'en est pas de même dans la pratique, où nombre de médecins et de sages-femmes font mal ces injections.

Varnier a insisté avec raison¹ sur les difficultés que présente l'injection intra-utérine: « J'ai constaté, dit-il, que beaucoup de médecins et de sages-femmes, croyant faire une injection intra-utérine, ne faisaient en réalité

¹ Le col et le segment inférieur de l'utérus à la fin de la grossesse, pendant et après le travail de l'accouchement, p. 82. G. Steinheil, éd., 1888.

d'injection que dans le sac mou et pendant que forment sur l'utérus puerpéral le col (5 centim.), plus le segment inférieur, sans pénétrer en réalité dans le corps proprement dit... Voici ce qui se passe : on introduit l'extrémité de deux doigts dans le museau de tanche mou et béant, et, sur ces deux doigts, on fait pénétrer, suivant l'axe vulvaire, la sonde à injection ; à peine la sonde a-t-elle pénétré de 2 à 5 centimètres qu'on éprouve une très légère résistance, dont on triomphe aisément. On sent alors le bec pénétrer de 2 ou 5 centimètres encore en abaissant le pavillon légèrement. Le va-et-vient du liquide s'établit immédiatement, et l'opérateur, se croyant sûr d'être dans la cavité utérine, laisse en dehors plus de la moitié de la sonde.

« Si à ce moment vous prenez l'instrument et que vous en abaissiez davantage encore le manche entre les cuisses en déprimant la fourchette, pour mettre le bec dans l'axe du détroit supérieur, vous éprouverez de nouveau une résistance plus marquée. Beaucoup s'arrêtent effrayés, mais continuez sans crainte, et bientôt vous aurez la sensation réelle d'une résistance vaincue, en même temps que votre sonde, avalée pour ainsi dire, disparaît presque complètement dans le vagin. »

Lorsque l'injection intra-utérine est faite, il est utile de pratiquer séance tenante une injection vaginale afin de débarrasser le vagin des caillots ou des matières septiques qui ont été entraînés hors de l'utérus.

Est-il besoin d'ajouter que, pour les injections vaginales comme pour les injections intra-utérines, il faut s'assurer de la qualité de l'eau que l'on emploie. Cette eau doit être filtrée et bouillie ; ce n'est que dans une Maternité qu'on peut avoir recours à un appareil semblable à celui que Tarnier a fait installer à la Clinique de la rue d'Assas : cet appareil porte l'eau à 120 degrés sous pression et donne ensuite cette eau stérilisée froide (à 16°) et chaude (à 80°) ; en mélangeant ces deux liquides à parties égales, on peut avoir constamment de l'eau à 48 degrés.

En résumé, quiconque pratique l'art des accouchements doit connaître et pratiquer rigoureusement l'antisepsie : l'accoucheur doit se rappeler que le doigt, les mains, les instruments, sont le plus habituellement les agents de transport des germes infectieux. Il faut donc veiller avant tout à leur désinfection minutieuse.

La désinfection des organes génitaux de la femme est aussi indispensable ; mais elle doit être faite avec méthode, sans exagération, sous peine de devenir par elle-même un danger pour la femme.

QUATRIÈME PARTIE

ACCOUCHEMENT

Avant d'étudier l'accouchement, ce phénomène physiologique auquel aboutit la grossesse, il faut connaître d'une manière un peu détaillée la région anatomique dans laquelle cet acte va s'accomplir.

On doit donc étudier le bassin non seulement à un point de vue général, mais préciser la configuration, les dimensions de la filière pelvienne que va traverser le fœtus. Il ne faut pas se contenter de décrire le bassin osseux, c'est-à-dire la ceinture osseuse que traverse d'abord le fœtus, mais il faut ajouter à cette description celle du bassin mou (voy. p. 297) qui joue un rôle si important dans la dernière période de l'accouchement.

De plus il est nécessaire de connaître quelles sont les dimensions moyennes des principaux diamètres de la tête et du tronc du fœtus : ces dimensions du corps qui traverse la filière pelvi-génitale doivent être en rapport avec les dimensions de celle-ci.

Enfin il faut adopter des points de repère sur le bassin et sur le fœtus pour pouvoir indiquer quelle est la situation du fœtus par rapport au bassin à la fin de la grossesse et pendant les différents temps de l'accouchement.

L'étude de l'accouchement va donc être précédée de celle :

- 1° Du bassin chez la femme ;
- 2° Des principales mensurations du fœtus à terme ;
- 3° Des présentations et positions.