

faire que de renvoyer nos lecteurs à la partie chirurgicale, (1) ; l'éponge qui réclame beaucoup de soin pour être désinfectée, ne doit plus être employée pour les toilettes vulvaires, surtout dans une Maternité ; tout au plus est-elle bonne pour nettoyer le nouveau-né et il faut avoir soin de ne pas s'en servir pour lui laver les yeux. On remplace avec avantage l'éponge par des tampons de coton hydrophile ou d'ouate antiseptique, salicylée, phéniquée, boriquée, iodoformée, d'étoupe au sublimé (Pinard).

Ces tampons peuvent également servir pour obturer la vulve et recueillir les lochies. Quant aux compresses qu'on avait l'habitude de placer au niveau de la vulve, il faudrait pour être aseptiques, qu'elles passent dans un appareil puissant de désinfection ; la simple imbibition d'un linge ordinaire par un liquide antiseptique, même énergique, n'est pas suffisante. Il faut que les linges dont on se sert aient séjourné dans l'eau bouillante et soient imprégnés ensuite d'une substance antiseptique ; aussi est-il souvent plus commode d'employer les gazes antiseptiques préparées à l'avance.

(1) Voyez t. II, page 27.

CHAPITRE V

DES INJECTIONS

SOMMAIRE. — Des injections vaginales. — Manuel opératoire.
Des injections intra-utérines. — Manuel opératoire — Leurs dangers.
De l'irrigation intra-utérine prolongée et continue.

A mesure que la méthode antiseptique se perfectionne, on abandonne de plus en plus le lavage des plaies ; toutefois cette tendance n'est que peu marquée pour le lavage de la plaie utéro-vaginale pendant et après l'accouchement, en raison même de la nature et de la situation de cette plaie, qu'il est impossible de mettre complètement à l'abri de l'air extérieur.

Les accoucheurs usent avec succès des injections vaginales et utérines ; ils en ont de bons résultats et se soucient peu du reproche immérité qu'on leur adresse, d'en abuser. Aussi, réservant pour plus tard les indications et les contre-indications de ces injections, voyons comment elles doivent être faites pour être à l'abri de tout reproche, et ce qu'il faut penser des dangers que courent les femmes auxquelles on les pratique.

Pour faire une injection vaginale, la femme est couchée, les épaules basses et le siège élevé, reposant sur un bassin plat, afin que le liquide pénètre plus facilement et surtout qu'il baigne plus longtemps les organes génitaux internes ; l'injection, prise debout ou dans la position accroupie, n'a

qu'une action imparfaite ; elle est irrationnelle. On s'assure que la femme est bien d'aplomb sur le bassin qui doit recueillir le liquide de l'injection et que le lit ne sera pas souillé ; les parties génitales externes sont soigneusement lavées afin que la canule en pénétrant dans le vagin n'y entraîne pas de matières septiques.

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.

L'injection est faite lentement, afin que le liquide ne s'accumule pas en trop grande quantité dans le vagin, la pression du liquide ne doit pas être trop forte pour ne pas distendre outre mesure les culs-de-sac. De cette façon, on peut maintenir le plus intimement et le plus longtemps possible le contact du liquide avec le col utérin et la muqueuse vaginale.

On doit cesser l'injection et retirer la canule avant que tout le liquide ne se soit écoulé, de peur de faciliter la pénétration de l'air. On recouvre immédiatement la vulve avec une compresse antiseptique ou un tampon d'ouate.

Une injection vaginale, pratiquée de la sorte, ne crée pas le moindre danger ; elle est à l'abri des critiques qui ont pu être faites contre les injections (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 consécutive aux injections vaginales chaudes ; de même Frank Foerster et Mundé reconnaissent que les injections vaginales

peuvent provoquer des phénomènes dangereux. Fry aurait eu également l'occasion d'observer un cas de péritonite généralisée consécutive à une injection vaginale chaude. Ces faits nous paraissent singuliers ; en France, une injection vaginale bien faite est exempte de tout danger ; le seul inconvénient, lorsqu'il existe une plaie vaginale étendue et qu'on emploie une solution forte, c'est d'exposer la femme à l'intoxication médicamenteuse.

L'injection intra-utérine est plus délicate à pratiquer et doit être faite par l'accoucheur lui-même ou par une sage-femme expérimentée. La position de la femme n'a qu'une

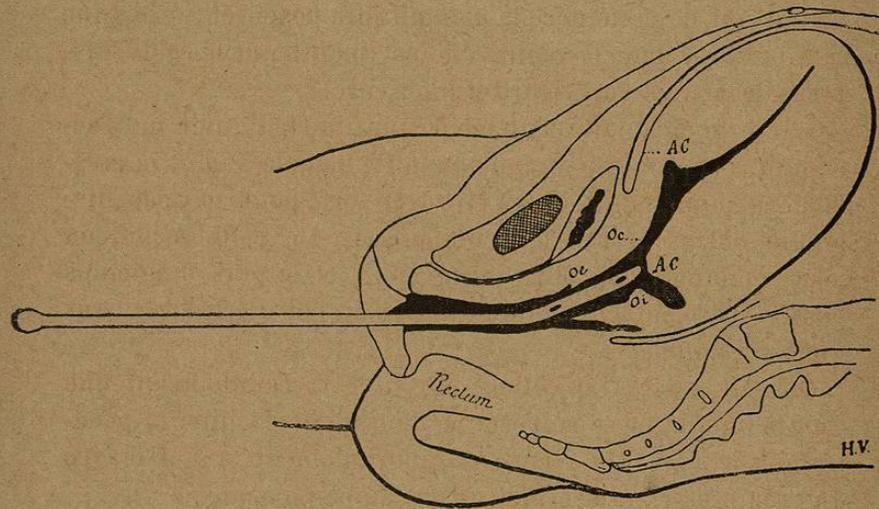


Fig. 13. — Injection dans le col utérin. (d'après H. VARNIER)
OC, orifice externe. — OI, orifice interne. — AC, anneau de contraction.

importance secondaire : on peut la faire coucher en travers du lit, les jambes relevées par un aide ; ou bien la femme reste couchée dans son lit, le bassin élevé, afin qu'on puisse facilement abaisser l'extrémité de la canule.

Après avoir fait préalablement une injection vaginale, on

pratique le toucher pour se rendre d'abord bien compte de la situation du col, de l'orifice utérin; ce qui dans certains cas de délabrement considérable des organes génitaux par application de forceps, peut présenter quelques difficultés. Il nous souvient avoir vu arriver, à diverses reprises, à Laborisère, des femmes ayant subi en ville des applications répétées de forceps et chez lesquelles le col déchiqueté pendait inerte, en lambeaux; il était difficile au milieu de ces tissus contus et lacérés de reconnaître l'entrée du conduit utérin.

Il faut donc avoir le doigt sur l'orifice utérin, et conduire la sonde sur ce doigt indicateur; il est inutile d'insister sur le danger qu'il y aurait à engager la canule dans l'un des culs-de-sac et à ne pas tenir compte de la résistance qu'on éprouve à ce niveau. La sonde doit entrer sans difficulté dans l'utérus; elle éprouve parfois une certaine résistance au niveau de l'orifice interne.

Avant de laisser couler le liquide dans la sonde, il importe de s'assurer qu'elle est réellement dans l'utérus; il est généralement facile d'en sentir l'extrémité à travers les parois utérines et abdominales.

L'injection est faite doucement, parfois le liquide ne revient pas de suite; il ne faut pas s'en effrayer, bien que la femme accuse alors généralement une douleur: c'est une contraction utérine, ainsi qu'on peut la constater en portant la main sur l'utérus qui se présente alors comme un globe dur. — Il est d'ailleurs toujours indispensable de surveiller l'état de l'utérus pendant une injection intra-utérine, afin de la cesser s'il survenait de la distension. — Il est utile, lorsqu'on veut débarrasser l'utérus de caillots ou de matières septiques qu'il renferme, d'imprimer à la sonde des mouvements de diduction, qui facilitent le retour du liquide (Pinard).

Comme on le voit, il faut une certaine habitude pour bien

pratiquer une injection intra-utérine; notre excellent ami Varnier vient d'insister, avec raison, dans un mémoire récent, sur les difficultés que l'on rencontre en faisant une injection intra-utérine; les figures 13, 14 et 15 tirées de son mémoire, montrent, mieux que n'importe quelle description, quel trajet doit parcourir la sonde pour pénétrer dans l'utérus.

« J'ai constaté, dit Varnier, que beaucoup de médecins et de sages-femmes, croyant faire une injection intra-utérine, ne faisaient en réalité d'injection que dans ce sac mou et pendant que forment sur l'utérus puerpéral, le col (3 centim.),

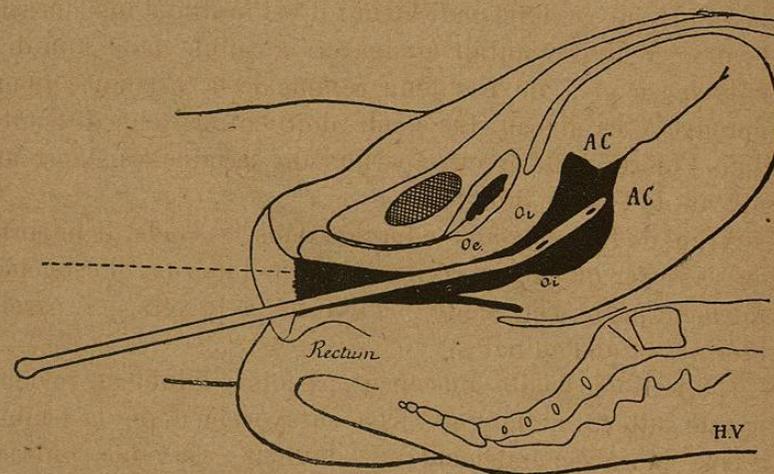


Fig. 14. — Injection dans le col et le segment inférieur.

plus le segment inférieur, sans pénétrer en réalité dans le corps proprement dit (fig. 13).

« 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 deux à trois centimètres, qu'on éprouve une très légère résistance dont

on triomphe aisément. On sent alors le bec pénétrer de deux ou trois 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 moitié de la sonde (fig. 14).

« Si à ce moment vous prenez l'instrument, et que vous en abaissiez d'avantage 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

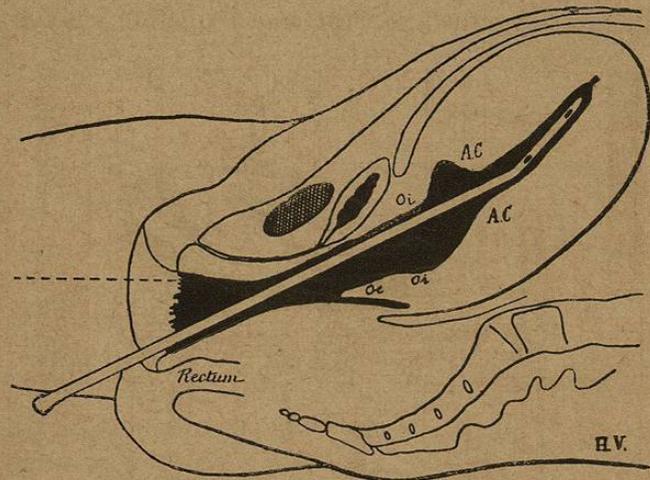


Fig. 15. — Injection intra-utérine.

sans crainte et bientôt vous aurez la sensation nette d'une résistance vaincue en même temps que votre sonde, avalée pour ainsi dire, disparaît presque complètement dans le vagin (fig. 15).

« Immédiatement le liquide de l'injection cesse de revenir, et c'est une nouvelle cause d'effroi pour l'opérateur novice. Ce n'est qu'après quelques instants que l'écoulement reprend ».

Dans certains cas (hémorrhagie de l'avortement, délivrance artificielle, rétention du fœtus mort), il ne suffit pas de faire une injection intra-utérine de quelques minutes ; il convient de faire passer dix à douze litres de liquide, et même davantage, dans la cavité utérine ; pour pratiquer cette irrigation, on se sert des mêmes instruments que pour l'injection utérine ; toutefois, afin de ne pas déplacer trop souvent la femme pour vider le bassin situé sous elle, on emploie avec avantage un bassin muni d'un tuyau de déchargement qui plonge dans un seau.

On a préparé à l'avance la quantité de liquide suffisante à la température voulue ; si c'est une irrigation chaude pour

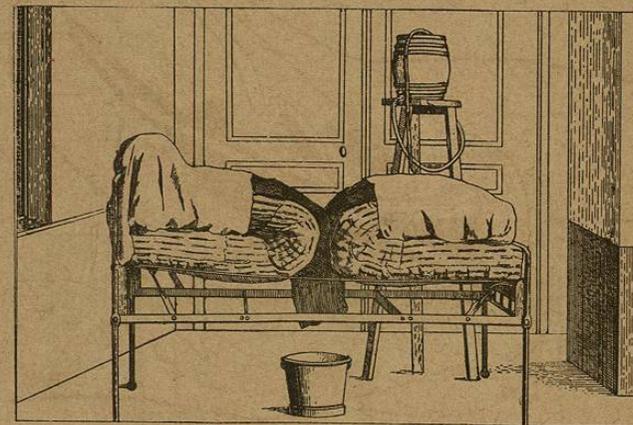


Fig. 16. — Lit disposé pour recevoir la femme soumise à l'irrigation continue.

Cette figure ainsi que la suivante sont exécutées d'après le mémoire de MM. PINARD ET VARNIER sur *l'irrigation continue comme traitement des infections puerpérales*.

une hémorrhagie, il est bon d'avoir de l'eau très chaude pour pouvoir maintenir à la même température le liquide préparé.

Parfois, ce n'est plus pendant une demi-heure, une heure, qu'il faut irriguer l'utérus ; la femme présente quelques symptômes alarmants d'infection (frisson, fièvre) ; il s'agit

de débarrasser l'utérus des produits septiques qu'il renferme et qui peuvent s'y renouveler : on a recours alors à l'irrigation continue qui a été remise en honneur en 1885 par MM. Pinard et Varnier. (fig. 16 et 17).

Voici comment on dispose les choses pour rendre pratique cette irrigation : sur un lit en fer muni d'un sommier à lames métalliques flexibles et parallèles, deux matelas ordinaires repliés sur eux-mêmes sont placés bout à bout de telle façon qu'un interstice existe au milieu du lit entre les deux matelas (fig. 16).

Chaque matelas est recouvert d'une toile imperméable dont les extrémités libres viennent tomber dans le vide situé

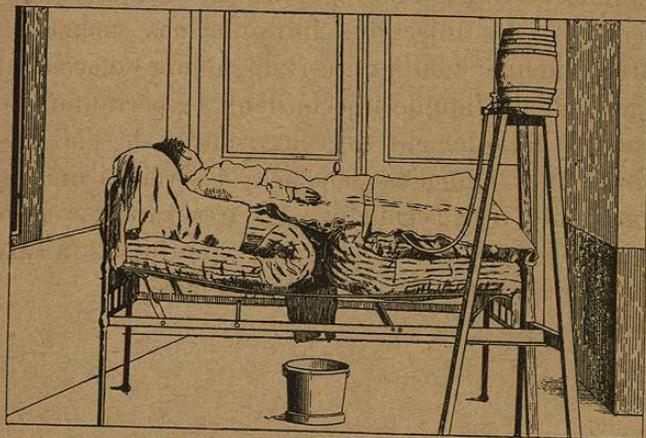


Fig. 17. — La femme est sur le lit et l'irrigation continue se fait.

entre les deux matelas et dirigent le liquide dans un récipient placé sous le lit. Cette disposition peut être appliquée partout et avec tous les lits possibles ; le lit ainsi préparé permet, d'une part, de supporter un décubitus dorsal prolongé, d'autre part un écoulement facile et continu du liquide qui a servi à l'irrigation (fig. 17).

L'appareil irrigateur se compose d'un réservoir en verre ou en faïence d'une contenance moyenne de 15 litres ; ce

réservoir est placé à 50 centimètres environ au-dessus du plan du lit, il est relié à la sonde intra-utérine à l'aide d'un tube en caoutchouc sur le trajet duquel se trouve un robinet qui permet de régler le débit du liquide ; ce robinet, au lieu d'être sur le tube de caoutchouc, peut être à l'orifice du tonneau.

Quant à la sonde, on se sert de celle en étain ou en argent, en ayant soin de la désinfecter soigneusement ; cette sonde est maintenue à l'aide de ficelles ou de lacs qui passent dans les œillets et que l'on fixe autour du bassin de la femme. Nous reviendrons plus loin sur ce sujet à propos du traitement antiseptique des accidents puerpéraux.

En résumé, les injections vaginales ne sauraient avoir d'inconvénients ; les injections intra-utérines, même bien faites peuvent donner lieu à un certain nombre d'accidents, tels que passage du liquide injecté dans le péritoine, dans les vaisseaux, ébranlement nerveux, entrée de l'air dans les veines utérines, embolies détachées des veines utérines, etc. ; sans doute, ces accidents sont très rares ; toujours est-il qu'on n'est autorisé à pratiquer une injection intra-utérine que lorsqu'il y a intérêt réel à la faire.