

CHAPITRE IX

ANTISEPSIE DE LA DÉLIVRANCE

SOMMAIRE. — La délivrance doit être complète. — Précautions à prendre après l'accouchement : s'abstenir du toucher.
Des diverses méthodes de délivrance.
Traitement antiseptique des hémorragies liées à la délivrance.
La délivrance artificielle est une opération grave, pour laquelle une asepsie rigoureuse est indispensable.
Nécessité de l'injection intra-utérine après la délivrance artificielle.

On a dit, non sans raison, que les dangers de l'accouchement commençaient après l'expulsion du fœtus : ce sont en effet, souvent les accidents de la délivrance qui menacent la vie de la femme. D'autre part, la délivrance bien faite, complète, sans incident, est du pronostic le plus heureux pour les suites de couches.

Il importe donc pour l'accoucheur, de faire œuvre de praticien expérimenté : il doit, au moment de la délivrance, se garder également d'une intervention intempestive et d'une abstention dangereuse.

Le point capital de la délivrance consiste, en dehors des précautions listériennes, dans l'expulsion intégrale des membranes et du placenta : toute manœuvre qui favorisera la rétention d'une partie de l'arrière-faix, sera une faute, puisqu'elle rendra plus à craindre l'apparition des phénomènes septicémiques.

Lorsque la femme est accouchée, on sectionne le cordon

dont on enveloppe l'extrémité maternelle dans un linge propre ; les instruments (bistouri, couteau, ciseaux, etc.) dont on se sert, doivent être parfaitement nettoyés. On a l'habitude de laisser en entier la partie du cordon adhérente au placenta ; il faut avoir soin que l'extrémité du cordon ne se souille pas dans le sang, dans les matières qui se trouvent en avant du siège de la femme ; il nous paraîtrait préférable de sectionner le cordon au ras de la vulve ; on éviterait d'abord l'ennui de voir cette anse de cordon se salir ; puis on se rendrait mieux compte des progrès que fait le décollement placentaire en observant si l'extrémité du cordon progresse.

On fait une injection vaginale à la femme, on nettoie la vulve avec soin, puis, on interpose à ce niveau, une compresse antiseptique, de l'ouate, de l'étoffe au sublimé ; on engage la femme à rapprocher les jambes.

Après s'être assuré que l'utérus se contracte bien, on se contente de regarder de temps à autre si l'écoulement sanguin n'est pas trop abondant.

M. Pinard conseille d'attendre au moins une demi-heure après l'accouchement avant de pratiquer le toucher, lorsque par le palper on constate que l'utérus est bien contracté, qu'il forme « un globe de sûreté régulier ».

Le toucher n'est nécessaire que si la femme a des contractions utérines assez fortes et si le cordon progresse ; le doigt est minutieusement lavé : il y a là une plaie qui nécessite la plus complète asepsie.

Sans étudier ici le mécanisme de la délivrance, rappelons seulement qu'il ne faut exercer aucune traction sur le cordon, tant que le placenta n'est pas complètement décollé, c'est-à-dire tant qu'il ne fait pas saillie hors de l'utérus dans le vagin ; ce n'est qu'à ce moment qu'on est autorisé à se servir du cordon comme d'un conducteur pour amener le placenta au dehors et rendre ainsi l'expulsion moins longue.

Quant à la méthode de Crédé, la délivrance par expression,

si elle rend des services dans certains cas, elle est souvent responsable de la rétention d'une partie des membranes : c'est le reproche que lui font avec raison ses détracteurs (il s'en trouve et de nombreux) même en Allemagne.

Cependant cette méthode serait supérieure, au point de vue antiseptique, à la délivrance par tractions, puisqu'elle ne nécessite pas l'introduction du doigt dans les voies génitales ; elle donne d'assez bons résultats à la condition qu'on attende un certain temps pour la pratiquer, à la condition qu'elle ne soit pas trop hâtive.

La méthode mixte de délivrance par tractions et par expression donne également de moins bons résultats que la méthode française d'expectation.

Si le placenta se présente par sa face utérine ou par un bord, la rétention des membranes sera d'autant plus à redouter (Pinar) ; c'est alors surtout qu'il faut éviter les manœuvres destinées à hâter l'expulsion du placenta ; au moment où la masse placentaire est hors la vulve, il faut la soutenir avec la main afin qu'il n'y ait pas de traction exercée sur les membranes par le seul fait de la pesanteur du placenta. Du reste lorsque les membranes sont adhérentes, il faut se garder d'exercer des tractions, mais placer un fil à ligature et les couper au ras de ce fil. En pratiquant récemment une délivrance artificielle, nous eûmes, la main dans l'utérus, les plus grandes difficultés pour décoller les membranes adhérentes : il eut été impossible de les extraire, on les aurait seulement déchirées en exerçant sur elles des tractions à distance.

Lorsque le placenta est expulsé en entier avec les membranes, une simple injection vaginale suffit, en débarrassant le vagin des caillots qui le remplissent en partie ; elle sera un peu chaude pour faciliter l'expulsion des caillots et l'involution utérine.

L'examen du placenta et de ses annexes, est fait avec grand soin ; si quelques cotylédons sont restés dans l'utérus,

il ne faut pas hésiter à aller les chercher ; le récent et très remarquable travail de M. Ribemont sur les placentas succenturiés démontre combien il est important de faire ou plutôt de laisser faire la délivrance avec patience et en intervenant le moins possible.

On tend à restreindre de plus en plus l'usage de l'ergot, même après la délivrance, contre les hémorrhagies : sans doute il fait contracter le muscle utérin, mais il emprisonne dans l'intérieur de la cavité des caillots qui peuvent ultérieurement s'y putréfier. A la Maternité de Lariboisière, l'ergot de seigle n'est jamais employé depuis trois ans. On le remplace avantageusement par des injections intra-utérines chaudes : elles suffisent à arrêter les hémorrhagies.

Ces injections sont d'autant plus utiles que si l'hémorrhagie est liée à un décollement incomplet du placenta, on favorise ainsi la terminaison spontanée de la délivrance. Quant aux injections intra-utérines de perchlorure de fer préconisées autrefois par Barnes, elles doivent être rejetées comme dangereuses.

Toutefois, en clientèle, alors qu'une injection intra-utérine ne peut être rapidement faite, il ne faudrait pas se priver des avantages de l'ergot ou de ses dérivés : on perdrait, par l'abondance de l'hémorrhagie, les bienfaits d'une injection intra-utérine qui viendrait trop tard.

Il importe, dans la délivrance, de savoir attendre ; sans aller aussi loin que Kabierske, qui prétend si le doigt et la main n'ont pas été introduits dans les voies génitales, si l'on n'a porté aucun germe dans la cavité utérine, la rétention du placenta peut se prolonger sans aucun accident, il est utile de se rappeler que l'accouchement est un acte physiologique et que la délivrance doit se faire naturellement et spontanément.

La délivrance artificielle est une des interventions les plus graves de l'obstétrique. La paroi utérine n'est plus ici pro-

tégée comme dans une version podalique par exemple, par les membranes qui recouvrent sa face interne ; les sinus utérins sont ouverts, prêts à laisser pénétrer les germes introduits dans la cavité utérine. Ce n'est que lorsqu'elle est impérieusement indiquée qu'elle doit être pratiquée : en cas d'hémorrhagie grave ou lorsque les divers moyens employés pour amener l'expulsion naturelle du placenta ont échoué ; on ne saurait exagérer pour elle les précautions antiseptiques.

Les deux cas les plus fréquents dans lesquels on est autorisé à pratiquer la délivrance artificielle sont les suivants ; lorsque la délivrance naturelle tarde à se faire, lorsqu'il y a une hémorrhagie qui met en danger les jours de la femme.

Il est difficile de dire au bout de combien de temps on doit faire la délivrance avec la main : il faut tenir compte de la marche de l'accouchement, de la durée de la période d'expulsion. Lorsque l'accouchement a été laborieux, lorsqu'il a fallu intervenir par le forceps ou la version, deux cas peuvent se présenter : ou bien la délivrance va se faire de suite ou bien il faudra que le muscle utérin aie le temps de se reposer ; ce n'est qu'au bout d'une heure que les contractions utérines réapparaissent. Si la femme ne perd pas de sang, on attend, en ayant soin de pratiquer de temps à autre le toucher vaginal pour s'assurer que l'orifice utérin ne se referme pas, et qu'on pourrait encore pénétrer dans l'utérus.

Avant de recourir à la délivrance, il est bon de pratiquer le cathétérisme de la vessie qui est parfois le seul obstacle s'opposant à l'expulsion du placenta ; on peut encore hâter l'expulsion du placenta en appliquant à plat la main sur l'abdomen et en suppléant ainsi à l'action des muscles abdominaux écartés sur la ligne médiane.

La délivrance artificielle est encore indiquée lorsqu'il y a inertie et hémorrhagie utérine, soit que l'écoulement sanguin se produise au dehors, soit que l'épanchement se fasse dans l'utérus.

Lorsqu'on est décidé à pratiquer la délivrance, on fait mettre la femme en travers, les membres inférieurs soutenus par deux aides, ou les pieds appuyés sur deux chaises ; on fait une injection vaginale pour débarrasser le vagin des caillots qui l'obstruent et pour que la main de l'opérateur ne se souille pas au passage et n'entraîne pas dans l'utérus des produits septiques ; c'est surtout lorsqu'on pratique une délivrance artificielle après l'expulsion d'un fœtus putréfié, que les plus grandes précautions sont indispensables ; on se lave, on se brosse, on passe dans un liquide antiseptique les deux mains, les deux avant-bras ; on n'est jamais sûr en effet de pouvoir mener à bien une délivrance artificielle avec une seule main, on sera parfois obligé d'introduire la seconde main, lorsque la première est fatiguée : il y a souvent intérêt à se hâter.

Le décollement des cotylédons, des membranes doit être fait avec le plus grand soin, la main qui est sur le ventre de la femme servant à maintenir la paroi utérine. Le placenta n'est amené dans le vagin que lorsqu'il est complètement décollé, libre de toute connexion avec l'utérus.

La délivrance artificielle est terminée, le placenta est entier ainsi que les membranes : la femme ne doit plus perdre de sang. Il est à ce moment capital de faire une injection intra-utérine antiseptique ; car toutes les conditions pour l'absorption des germes sont réunies. Une seule fois, sur un certain nombre de délivrances artificielles que nous avons vu faire ou faites pendant notre internat à Lariboisière, cette pratique a été rendue impossible par les conditions défectueuses et les circonstances dans lesquelles nous nous trouvions : la femme a succombé en quelques jours à la septicémie. A quelque temps de là, chez la même sage-femme, dans le même lit, nous fîmes avec succès une application de forceps assez difficile et une délivrance artificielle non moins pénible ; la femme ne présenta pas le moindre symptôme fébrile : nous

n'avions pas manqué de pratiquer l'injection intra-utérine.

Sans doute il est toujours difficile de tirer une conclusion générale de deux faits isolés; cependant presque tous les accoucheurs adoptent aujourd'hui cette pratique de l'injection intra-utérine après la délivrance artificielle.

Cette injection doit être faite avec un liquide antiseptique dont le degré de solution ne soit pas trop concentré; c'est surtout dans ces cas qu'on observe assez volontiers des phénomènes d'absorption médicamenteuse et d'intoxication. MM. Bar et Maygrier emploient volontiers l'eau bouillie pour pratiquer ces injections intra-utérines.

Une bonne pratique recommandée par M. Pinard, consiste, lorsque la canule est introduite dans l'utérus, à lui imprimer des mouvements de diduction, qui débarrassent l'utérus du sang ou des caillots qui s'y trouvent contenus.

Lorsque la femme a été mise en travers du lit, on la laisse dans cette position; si l'on est dépourvu de bassin commode, on garnit seulement le lit pour protéger le matelas et l'eau coule dans un récipient (bain de pieds, seau) qu'on place sous le lit.

Dans les cas où la délivrance a été faite artificiellement, et où le placenta présente une odeur putride, il est utile de faire pendant une demi-heure, une heure, une irrigation intra-utérine chaude et antiseptique.

La véritable antisepsie de la délivrance, ne consiste donc pas seulement dans l'asepsie des mains, du conduit génital; mais surtout dans les précautions prises par l'accoucheur pour que l'expulsion de l'arrière-faix soit complète et qu'il ne reste dans l'utérus ni débris de membranes, ni surtout de fragments de cotylédon placentaire.

CHAPITRE X.

TRAITEMENT DE CERTAINES COMPLICATIONS QUI SURVIENNENT PENDANT L'ACCOUCHEMENT.

SOMMAIRE. — L'antisepsie des plaies du canal vulvo-vagino-utérin doit être rigoureuse.

Des hémorragies liées aux ruptures vasculaires.

Déchirures vulvaires. Thrombus de la vulve.

Traitement antiseptique des déchirures du périnée. — De l'emploi des serre-fines. — Suture immédiate. — Traitement des lésions du vagin.

Traitement antiseptique des déchirures et des ruptures de l'utérus, de l'inversion utérine.

Les plaies des éclampsiques.

Si l'antisepsie est nécessaire dans l'accouchement normal, qui ne s'accompagne que de lésions insignifiantes du canal utéro-vagino-vulvaire, elle est encore plus indispensable lorsque l'expulsion du fœtus amène des désordres plus ou moins graves du côté des organes génitaux: il existe alors des portes d'entrée plus nombreuses ou plus ouvertes qui augmentent singulièrement les risques que court la femme.

Le danger est ici complexe: d'une part, la septicémie a plus de chance de se développer, puisque les agents septiques peuvent pénétrer par un plus grand nombre de points; d'autre part, l'emploi des antiseptiques, qui est ici indispensable, doit être prudent à cause de l'intoxication qui se produira plus facilement.

L'accoucheur peut être obligé d'intervenir pour deux rai-