

les membres inférieurs. Mais, dans l'un et l'autre cas, il faudra, lorsque la plus grande partie du tronc sera dégagée, relever le tronc au devant de la symphyse, de manière à favoriser l'engagement de la tête postérieure avant celui de l'antérieure. Si la tête qui s'est présentée la première était engagée trop avant dans l'excavation pour qu'il fût possible de la refouler et d'aller chercher les pieds, il faudrait, si le fœtus était vivant, tenter une application du forceps. Celle-ci sera le plus souvent infructueuse, car les tractions exercées par l'instrument ne changeront rien aux résistances offertes par la seconde tête. Il n'y a donc plus à choisir ici qu'entre une opération sanglante sur la mère et la section du cou de l'enfant qui permettra d'extraire la tête qui s'est offerte la première, et rendra possible la version pelvienne : malgré d'imposantes autorités, je n'hésite pas à me prononcer pour la mutilation du fœtus, et dans ces cas, je ne balancerai pas à sacrifier la vie de l'enfant au salut de la mère.

CHAPITRE XVI

DE LA DÉLIVRANCE ARTIFICIELLE

Nous avons décrit (page 374) la délivrance naturelle. Il nous reste à étudier les difficultés et les accidents de la délivrance, que nous grouperons en deux articles différents.

ARTICLE PREMIER

DIFFICULTÉS DE LA DÉLIVRANCE

Les difficultés qui, pendant la délivrance, peuvent nécessiter l'intervention de l'art, sont l'inertie de l'utérus, le volume excessif du placenta, la faiblesse du cordon ombilical, la contraction irrégulière de la matrice, les adhérences trop intimes du placenta.

Lorsque après plusieurs tentatives d'extraction faites suivant les règles que nous avons tracées (voy. p. 374), en étudiant la délivrance naturelle, on ne peut pas extraire l'arrière-faix, il faut s'assurer par le palper abdominal et par le toucher vaginal de la cause de la difficulté. De deux choses l'une alors : ou bien le doigt introduit trouvera le placenta reposant sur l'orifice interne, ou bien il ne pourra l'atteindre. Dans le premier cas, l'obstacle à la délivrance, en supposant que les premières tractions ont été bien faites, ne pourra tenir qu'au volume du placenta, à la faiblesse du cordon ombilical, à la rétraction de l'orifice utérin ; dans le second, le placenta est évidemment retenu au fond de la matrice par des adhérences anormales ou la rétraction irrégulière d'une portion des parois de la matrice : ce premier diagnostic établi, on n'aura plus qu'à distinguer l'une de l'autre les diverses circonstances que nous venons de grouper.

§ I. — Inertie de l'utérus.

Nous avons déjà fait remarquer qu'après l'expulsion du fœtus l'utérus rétracté forme, dans la région sous-ombilicale, une tumeur volumineuse, dure et résistante. Or il peut arriver que, soit faiblesse générale de la femme, soit faiblesse ou atonie particulière à l'organe, la contractilité du tissu ne s'exerce pas, et que celui-ci reste, après l'accouchement, dans un état plus ou moins complet d'inertie.

Cette inertie de la matrice, dont nous nous occuperons d'une manière spéciale quand nous étudierons l'hémorrhagie qui l'accompagne si souvent après l'accouchement, peut être simple ou compliquée de perte. Nous n'avons ici à nous occuper que de la première.

On reconnaît que la matrice est inerte lorsqu'en appliquant la main sur le ventre on la trouve large, développée, molle et insensible.

Lorsque l'inertie de la matrice ne s'accompagne pas de perte, c'est une preuve que le placenta n'est pas encore décollé, et il faut bien se garder alors, par des tractions imprudentes, d'opérer ce décollement avant d'avoir remédié à l'inertie. On produirait, en effet, infailliblement une hémorrhagie foudroyante qui compromettrait en quelques instants les jours de la femme ; ou bien, si les adhérences du placenta résistaient aux tractions, la matrice serait entraînée avec le placenta, et l'on produirait un renversement plus ou moins complet de l'organe. C'est donc un vrai bonheur quand l'inertie se déclare avant que le placenta ait commencé à se décoller. On aurait encore à craindre cependant un hémorrhagie par les vaisseaux ombilicaux ; mais cet accident est excessivement rare, et il serait d'ailleurs facile d'y remédier en appliquant une ligature sur le cordon.

Ce qu'il y a de mieux à faire dans le cas d'inertie simple, c'est d'attendre que l'utérus reprenne son énergie. On peut, du reste, favoriser le retour des contractions par de légères frictions sur la paroi antérieure de l'abdomen, la titillation des lèvres du col, au moyen d'un ou deux doigts introduits dans le vagin, l'application de compresses froides sur la partie supérieure des cuisses et la région hypogastrique. Dans les cas d'inertie incomplète, quelques auteurs anglais, et M. Murphy en particulier, ont conseillé (*Gazette médicale de Londres*) d'appliquer un bandage serré autour du ventre, ou mieux encore d'exercer une pression immédiate sur l'utérus en appliquant ses mains sur les côtés de l'organe. M. Guillemot dit avoir réussi souvent à réveiller et à soutenir les contractions en plongeant l'extrémité du cordon dans un verre d'eau froide. Nous avouons franchement ne guère comprendre ce singulier résultat. Il faut en même temps soutenir les forces de la femme par de légers bouillons, peut-être un peu de bon vin ou d'eau étendue d'eau-de-vie.

§ II. — Volume excessif du placenta.

Le volume excessif du placenta peut tenir à ce que le placenta est réellement trop volumineux, mais aussi à ce que son volume et sa masse sont augmentés par des caillots nombreux accumulés dans l'espace de poche que l'œufa formée en se renversant lorsqu'il est tombé sur le col de l'utérus.

On reconnaîtra assez facilement cette cause de difficulté en voyant l'utérus conserver un volume plus qu'ordinaire au-dessus des pubis et en constatant par le toucher que le placenta décollé est tombé sur l'orifice.

Le plus souvent les contractions utérines, aidées de quelques légères tractions sur le cordon, suffisent à l'expulsion du délivre ; mais quelquefois il a fallu porter la main dans le vagin, deux doigts dans l'utérus, et saisir le placenta. Quand le volume du placenta tient à des caillots de sang accumulés dans la poche que forment les membranes renversées, on peut déchirer les membranes si elles sont à la portée du doigt, ou percer le placenta lui-même, pour donner issue à la partie fluide du sang, diminuer la masse totale, et faciliter son expulsion ou son extraction.

Le plus simple est d'aller saisir le placenta à pleine main, de le serrer pour en expulser les caillots et de l'entraîner au dehors.

§ III. — Faiblesse du cordon.

La faiblesse du cordon ombilical, qu'elle tienne, comme cela arrive dans les accouchements prématurés, au peu de développement du cordon, ou au mode particulier de distribution des vaisseaux ombilicaux, si bien décrits par Benckiser dans sa thèse inaugurale (voy. *Cordon ombilical*), peut faciliter sa rupture, et doit, par conséquent, rendre très-circonspect dans les tractions que l'on pratique sur la tige omphalo-placentaire. La rupture du cordon pendant la délivrance peut encore tenir à ce que le cordon s'implante obliquement sur le placenta. Toutes les fois, règle générale, qu'en tirant sur le cordon la main sent qu'il se déchire (la main perçoit alors une sensation particulière qui l'avertit), on doit cesser toute traction, et, à moins d'indications spéciales, confier la délivrance à la nature, ou aller saisir le placenta lui-même, si l'on juge convenable de l'extraire immédiatement.

Il est évident, du reste, que si, malgré les précautions que la prudence exige, le cordon vient à se rompre, il n'y a qu'à introduire la main dans le vagin, quelques doigts dans l'utérus, et saisir et extraire le placenta.

Il est quelquefois difficile alors de distinguer le placenta de la paroi même de l'utérus, et l'on est exposé à exercer sur cette dernière des tractions dangereuses.

Les signes suivants pourront faire éviter une semblable erreur : 1° les doigts appliqués sur la face fœtale du placenta pourront y distinguer la saillie formée par les vaisseaux qui rampent à sa surface fœtale : 2° la pression exercée sur la masse

placentaire sera à peine perçue par la malade ; elle sera, au contraire, douloureuse sur la paroi utérine ; 3° enfin, l'autre main, appliquée sur la région hypogastrique, pourra distinguer entre elle et la main introduite dans l'organe une épaisseur de parties plus grande que l'épaisseur des parois de l'utérus réunies aux parois abdominales.

§ IV. — Concrétions irrégulières ou spasmodiques de l'utérus.

Les causes du spasme de l'utérus sont assez obscures. La prédisposition (Stoltz) existe dans l'organe lui-même, et si des causes venant du dehors peuvent contribuer à le produire, ce sont surtout celles qui agissent sur lui d'une manière spéciale : des frictions ou des manipulations inconsidérées, le tiraillement du cordon, l'abus des remèdes excitants, et en particulier du seigle ergoté. On remarque aussi plus fréquemment les contractions irrégulières de l'utérus après un accouchement de jumeaux.

Les auteurs modernes qui ont particulièrement étudié ce sujet ne sont pas d'accord sur les résultats divers fournis par ces contractions irrégulières. Suivant M. Guillemot, les différentes formes que prend alors l'utérus peuvent se réduire à deux espèces principales : les unes tiennent à la conformation de la matrice, les autres sont dues à une irritation toute locale, et souvent à la présence d'un corps étranger dans ce viscère. Les premières sont désignées par lui sous le nom de *hour-glas*, ou contraction spasmodique du col à son orifice interne ; les autres sous celui d'*enchatonnement*, ou contractions irrégulières du corps.

À l'exemple de M. Stoltz, nous admettons quatre variétés de spasme utérin : 1° la contraction spasmodique de l'orifice externe du col ; 2° celle de l'orifice interne ; 3° celle d'une ou de plusieurs portions du corps de l'utérus (enchatonnement) ; 4° enfin, la contraction spasmodique de la totalité de la matrice.

1° *Contraction spasmodique de l'orifice externe.* — Lorsqu'on a souvent eu occasion de constater l'état de mollesse, de flaccidité, dans lequel se trouve la partie inférieure du col utérin après l'accouchement, on a peine à comprendre le spasme de l'orifice externe. Aussi la plupart des auteurs ont-ils rejeté son existence. On conçoit, du reste, que si cet état de l'orifice externe se présentait, il opposerait un obstacle momentané à la délivrance. On devrait alors attendre que le spasme de l'orifice cédât aux contractions du corps et du fond de l'organe. Si un accident nécessitant la prompte délivrance survenait, on parviendrait facilement à vaincre la résistance du col.

2° *Contraction spasmodique de l'orifice interne.* — C'est celle que M. Guillemot appelle *hour-glas*. Nous lui empruntons en grande partie l'excellente description qu'il en donne. Si l'on porte la main dans les parties génitales, on découvre dans le vagin un col si défiguré, qu'il ressemble à une portion flottante du gros intestin : à 12 à 15 centimètres au-dessus, le doigt rencontre une espèce d'étranglement qui est l'orifice interne froncé et presque entièrement fermé. Suivant madame Boivin, le col utérin, dans cet état de flaccidité, présente quelquefois 13 à 15 centimètres de longueur sur 11 à 13 de diamètre ; au-

dessus de cette partie rétrécie se trouve la cavité du corps, dont les parois, embrassant le placenta, sont quelquefois fortement rétractées; d'autres fois, au contraire, dans un état d'inertie plus ou moins complète. La cavité utérine s'est ainsi partagée en deux portions. Lorsque la portion supérieure s'est contractée de toutes parts sur le placenta, ce qui est le cas le plus ordinaire, elle n'offre plus que la moitié du volume de l'organe en totalité; de sorte que le rétrécissement, quoique siégeant à l'orifice interne, se trouve cependant situé à peu près à la partie moyenne; c'est ce qui a pu faire croire à plusieurs accoucheurs qu'ils avaient affaire à une contraction irrégulière du corps de l'utérus.

Le placenta est ordinairement contenu tout entier dans la cavité supérieure; mais il n'en est pas cependant toujours ainsi. On a vu quelquefois, au contraire, cette masse vasculaire, étranglée en quelque sorte par le resserrement du col, être en partie contenue dans la portion supérieure et en partie dans la cavité inférieure.

Il peut arriver alors : 1° qu'une très-petite portion du placenta soit saillante au-dessous du point rétracté; 2° que le délivre soit étranglé par sa partie moyenne; 3° enfin que plus de la moitié de cette masse vasculaire soit pendante au-dessous de l'orifice interne rétracté : nous verrons que ces différentes circonstances doivent être distinguées dans le traitement.

Cette variété se reconnaît à la forme que la matrice contracte et à la résistance que l'orifice utérin présente, soit à l'extraction du placenta, soit à l'introduction du doigt de l'accoucheur. A travers la région hypogastrique on peut sentir l'utérus fortement rétracté et dur : si l'on pratique quelques tractions sur le cordon, on voit qu'elles sont infructueuses, et cependant, en pratiquant le toucher, on sent le placenta au-dessus de l'orifice interne; mais on peut facilement constater le resserrement de cet orifice, auquel on n'arrive qu'après avoir senti les parois du col flasques, mollasses et pendantes dans la cavité vaginale. Enfin, il ne s'échappe pas de caillots, quelquefois même il ne s'écoule presque pas de sang.

Si ce resserrement de l'orifice interne ne s'accompagne pas d'accidents, on attend, et le plus souvent, au bout de quelques heures, quelquefois plus tôt, le spasme cesse, l'utérus reprend sa forme régulière, et le placenta est expulsé. S'il persistait après quatre ou cinq heures, il faudrait avoir recours aux préparations opiacées d'abord; puis, s'il y avait des phénomènes généraux de pléthore, on emploierait la saignée : les bains peuvent encore être utiles, mais la difficulté de surveiller l'utérus, pendant leur administration, commande une grande réserve; enfin, si, malgré l'emploi de ces moyens, le spasme ne cédait pas, ou qu'il se compliquât de perte inquiétante, il faudrait opérer la dilatation du col. Pour cela, on commence à engager un doigt, puis deux, puis trois, avec le soin d'élargir par degrés l'orifice jusqu'à ce qu'il puisse admettre la main. Il serait utile, suivant la recommandation de M. Stoltz, de graisser la main avec la pommade de belladone. Il est évident que si une portion du placenta était engagée à travers l'orifice rétracté, la conduite à suivre serait différente, dans les trois circonstances que nous avons distinguées plus haut. Lorsqu'une très-petite portion du délivre est seulement engagée, il faut chercher à la repousser, et pénétrer, comme nous

l'avons dit, dans le corps de l'utérus; si le placenta est étranglé par sa partie moyenne, les doigts, glissant entre lui et le pourtour du col, doivent tirailler petit à petit la partie qui est au-dessus; si, enfin, presque toute la masse placentaire est déjà dégagée, il faut, saisissant toute cette portion, la comprimer fortement, chercher aussi à réduire par la compression le volume de la partie étranglée, et extraire le tout.

3° *Contractions irrégulières du corps (enchatonnement de M. Guillemot).* — La matrice, en revenant sur elle-même, s'applique exactement sur le corps enfermé dans sa cavité. Lorsque le placenta n'est pas encore expulsé, la matrice se resserre sur lui, les contractions s'étendent sur toute sa masse, et les parois de cet organe, vis-à-vis de la circonférence du placenta, ne rencontrant pas de résistance, se rapprochent en formant autour de lui un cercle qui l'emprisonne.

On appelle *enchatonnement par enkystement* celui où le placenta est cerné de tous côtés et emprisonné tout entier, excepté à l'ouverture d'entrée qui donne passage au cordon ombilical. On nomme *enchatonnement par encadrement* celui dans lequel les parois utérines, en se rétractant autour de la circonférence du placenta, constituent autour de ses bords une espèce de bourrelet qui l'encadre, à peu près comme la conjonctive boursoufflée encadre la cornée dans le chémosis.

Ces deux espèces d'enchatonnements peuvent être complets ou incomplets. L'enchatonnement par enkystement est complet quand le placenta est en entier renfermé dans la cellule ou l'espèce de kyste formé par les parois utérines rétractées; il est incomplet lorsqu'une portion plus ou moins considérable du placenta déborde l'ouverture de la cellule. Dans ce dernier cas, la cellule contient le centre du placenta qui la tapisse entièrement dans toute son étendue, tandis que toutes les autres parties de ce placenta, situées en dehors de la cellule, s'insèrent sur les points voisins des parois utérines.

L'enchatonnement par encadrement est complet lorsque le bourrelet formé par les fibres utérines rétractées encadre toute la circonférence du placenta; il est incomplet lorsqu'il n'existe que sur une partie de la circonférence de cette masse vasculaire.

Dans quelques cas, la matrice ne se borne pas à se mouler sur la circonférence du placenta. Si, dit M. Velpeau, le délivre était solide et régulier comme la tête, la matrice, en se rétractant, conserverait nécessairement la forme d'une ampoule; mais, en se détachant, les cotylédons peuvent s'isoler, et le placenta, dès lors, offrir plus de résistance dans quelques points que dans d'autres. L'utérus, en pareil cas, ne tarde pas à se diviser en plusieurs loges et à former divers compartiments plus ou moins distincts les uns des autres, qui tous embrassent une portion du délivre. Dans ces cas très-rares, la main, obligée d'opérer artificiellement la délivrance, doit nécessairement franchir, après les avoir dilatés, quatre, cinq, quelquefois même six rétrécissements circulaires.

L'enchatonnement peut se compliquer du resserrement de l'orifice (fig. 117); mais, dans la plupart des observations, cette résistance a été facilement vaincue.

Il peut avoir lieu sur toutes les parties de l'utérus, mais le fond en est très-

rarement le siège. Cela tient probablement à ce que, la contraction des fibres de cette région étant énergique, le décollement du placenta est beaucoup plus rapide quand il est inséré vers la partie supérieure de l'organe.

L'enchatonnement du placenta est assez facile à reconnaître. En palpant la paroi abdominale inférieure, on trouve que le corps de l'utérus, couché au-dessus des pubis, présente deux tumeurs, dont l'une plus grande, semblable au cul d'une as-



Fig. 117.



Fig. 118.

siette, contient le placenta; l'autre, placée au-dessous ou à côté, s'unissant à la première par une espèce de collet, constitue l'autre portion du globe utérin. Par le toucher vaginal, on arrive, en suivant le cordon, jusque dans une portion de la cavité utérine peu contractée; et de là on parvient à une petite ouverture arrondie (ouverture du chaton) à travers laquelle passe le cordon; au delà on s'aperçoit, en y portant le doigt, qu'il existe une poche à parois plus ou moins inégales et où se trouve le placenta.

Attendre est encore la conduite à suivre quand l'enchatonnement du placenta n'est pas compliqué d'accidents; pendant cette expectation, on peut faciliter le retour de l'utérus à sa forme régulière par les mêmes moyens que nous avons conseillés précédemment. Quand un danger menace les jours de la femme, il faut dilater avec les doigts l'ouverture du chaton et pénétrer avec précaution dans l'intérieur du kyste (fig. 118). Pendant ces efforts d'introduction, l'autre main, placée sur la paroi hypogastrique, embrassera le fond de l'organe et le maintiendra en position. Douglas, qui a particulièrement étudié ce sujet, dit qu'on trouve le plus souvent le placenta encore adhérent; Rhamisbotham, Dewees et plusieurs autres prétendent, au contraire, qu'il est le plus souvent décollé. Dans le premier cas, il faudra d'abord chercher à le décoller, en prenant les précautions que nous indiquerons plus bas. Pour l'extraire, on le saisira par un de ses bords, afin de lui faire plus facilement franchir l'ouverture du chaton: s'il n'est que partiellement enchatonné, on porte le doigt indicateur dans l'ouverture du chaton, on le promène autour de la portion du placenta étreinte par la circon-

férence de cette ouverture, et par ce moyen on fait cesser l'étranglement, et l'on dégage la partie enchatonnée. Au lieu de chercher à dilater l'ouverture du chaton, ce qui est souvent fort difficile, M. Dubroca (de Bordeaux) a proposé une méthode qu'il appelle *méthode par érosion*. Elle consiste à introduire un doigt dans l'ouverture du chaton, et, à l'aide de ce doigt, à déchirer et à réduire en bouillie le placenta, qui est ainsi expulsé par fragments. Ce procédé paraît lui avoir réussi dans plusieurs cas où il n'avait pu faire pénétrer plusieurs doigts dans le kyste.

4° *Contraction spasmodique de la totalité de l'utérus*. — M. Stoltz raconte qu'il fut appelé auprès d'une femme qui venait d'accoucher une heure auparavant, après l'administration de 2 grammes et demi de seigle ergoté donnés par une sage-femme: celle-ci, ne pouvant opérer la délivrance, crut devoir, avant de le faire appeler, administrer une sixième dose de 5 décigrammes. A son arrivée, l'état général de la femme était bon; le fond de l'utérus s'élevait près de l'ombilic, l'organe entier était développé comme au cinquième mois de la grossesse, mais *ferme, presque dur*, tellement il était contracté. En suivant le cordon, on arrivait jusqu'à l'orifice externe, qui était très-resserré, et permettait à peine l'introduction de la première phalange. Tout ce que M. Stoltz put explorer de la matrice était ferme, contracté comme le fond et le corps. Il était impossible d'opérer la délivrance; aucun accident n'en indiquait d'ailleurs la nécessité. Il était alors deux heures et demie du matin. Une potion avec 2 grammes de liqueur anodine d'Hoffmann et 1^{re}, 25 de teinture d'opium simple fut administrée. A neuf heures, le fond de la matrice ne paraissait pas moins contracté. En procédant avec précaution, il parvint à dilater l'orifice et à faire pénétrer trois doigts jusqu'à la racine du cordon; mais, ne pouvant aller plus loin, il retira sa main et ordonna des injections avec une décoction d'herbes de belladone et de jusquiame. A la cinquième injection (elles étaient faites de demi-heure en demi-heure), la sage-femme sentit une portion du placenta engagée dans le vagin; elle tira dessus, et parvint sans peine à l'extraire, douze heures après l'expulsion du fœtus.

Nul doute que si un fait semblable se renouvelait on ne dût imiter la conduite si sage du professeur de Strasbourg. Si l'état pléthorique de la femme autorisait les saignées, les bains, etc., on devrait y avoir recours.

Si la contraction spasmodique de la totalité de l'utérus, y compris l'orifice externe, est rare, il est assez commun d'observer la rétraction tétanique de l'orifice interne et du corps, l'orifice externe restant très-dilatable. Toutes les causes qui s'opposent à l'expulsion du placenta, tous les obstacles qui le font séjourner trop longtemps dans l'utérus, prédisposent à la rétraction tétanique, mais c'est surtout après l'administration intempestive du seigle ergoté qu'elle se produit. Chaque fois que j'ai vu un fait de ce genre, il m'a semblé que le fond de l'utérus remontait très-haut, comme si le corps de cet organe s'était allongé en se mouvant sur le placenta qu'il comprime fortement. Aussi, quand on est assez heureux pour dilater l'orifice interne avec un ou deux doigts, il faut les faire pénétrer très-haut pour atteindre la partie la plus élevée du placenta; on recourbe alors les

dernières phalanges en forme de crochet, et l'on extrait le placenta en retirant la main. C'est à cette pratique que nous accordons la préférence.

En résumé, nous voyons que la contraction irrégulière est le plus souvent partielle, mais qu'elle peut aussi siéger sur tous les points de l'organe; que tous ces cas sont traités de la même manière: 1° attendre; 2° au bout de quelques heures, frictions sur le corps, opiacés en frictions, en lavements; belladone sur le col, en extrait, en décoction; saignées du bras, bains généraux, bains locaux. Burns recommande l'application subite de compresses froides. En général, les antispasmodiques à l'intérieur, tels que l'éther sulfurique, la jusquiame, la belladone, l'opium, sont d'une utilité incontestable. 3° Quand il y a accident, introduction forcée, mais lente, graduée et prudente, de la main, et extraction du placenta.

§ V. — Adhérences anormales.

Il est fort difficile, dans l'état actuel de la science, d'indiquer d'une manière précise les causes de ces adhérences anormales du placenta. Suivant la plupart des auteurs, elles seraient dues à une transformation fibreuse des linéaments cellulux qui unissent le placenta à l'utérus, transformation qui leur donnerait une solidité telle qu'ils résisteraient aux efforts utérins. Les dégénérescences du tissu propre du placenta, des concrétions osseuses et calcaires, ont été aussi signalées comme causes de ces adhérences (1). Dans un cas cité par M. Stoltz, l'adhérence du placenta était évidemment formée par une couche de sang coagulé qui avait arrêté une hémorrhagie au quatrième mois de la grossesse. M. P. Dubois paraît accepter cette opinion (*Leçons orales*), et attribue ces adhérences à des plaques blanchâtres plus ou moins dures, qu'il croit de nature fibrineuse, dont la dureté augmenterait avec l'ancienneté de l'épanchement sanguin, dont elles seraient les derniers vestiges. Suivant M. Gendrin, c'est par le cercle que la caduque réfléchie forme autour du placenta que se fait l'adhérence. Seulement elle est quelquefois étendue sous le placenta dans quelques points de la surface utérine, par la conversion de quelque partie de l'organe en un tissu cellulofibreux peu vasculaire, résultat de l'atrophie accidentelle de quelque mamelon placentaire, atrophie qu'il n'est pas très-rare de rencontrer. Une opinion longtemps admise, c'est que ces adhérences anormales étaient la conséquence d'une inflammation du placenta ou de la paroi utérine, inflammation survenue pendant la grossesse, et qui se sera terminée par l'exsudation d'une lymphe plastique et coagulable entre les surfaces auparavant contiguës. Pour nous, nous pen-

(1) Le docteur Dubois raconte que, dans un cas d'adhérences anormales du placenta, celui-ci était recouvert d'une substance osseuse et crétacée. Mais Gooch, qui rapporte le fait, dit avoir rencontré trois fois sur la même femme le placenta en partie ossifié et n'avoir jamais eu aucune difficulté à opérer la délivrance.

Enfin, dans plusieurs cas cités par Monro et Merriman, dans lesquels ils ont remarqué des points ossifiés sur la surface utérine du placenta, celui-ci adhérait peut-être, disent-ils, un peu plus qu'à l'ordinaire.

sons que ces adhérences sont dues à l'altération fibro-graisseuse, à l'atrophie des villosités choriales et des cotylédons qu'elles forment. (Voy. *Lésions fibreuses du placenta. — Maladies du placenta.*) Quoi qu'il en soit de la cause qui produit ces adhérences, certaines personnes paraissent être douées d'une fâcheuse prédisposition, car elles éprouvent cet accident à chaque couche.

Cette adhérence peut être plus ou moins étendue; quelquefois elle a lieu sur toute la surface du placenta; d'autres fois elle est partielle: dans ces cas, elle peut occuper le bord ou la circonférence du placenta, le centre étant décollé (1), ou bien seulement un ou plusieurs points de sa surface. Elle offre aussi plusieurs degrés de résistance: quelquefois elle est si faible, que le placenta semble simplement retenu à sa place, et les moindres efforts suffisent pour le détacher, quoique pourtant les contractions spontanées de l'utérus et les tractions faites sur le cordon aient été infructueuses; parfois elle présente tant de solidité, que le placenta semble faire partie intégrante des parois utérines dont il est difficile de le distinguer, et que le tissu du placenta ou de l'utérus se laisse déchirer plutôt que de laisser rompre leur union. Ces adhérences sont quelquefois si serrées, que, même après la mort, on ne parvient à les détruire qu'avec la plus grande difficulté. Sur une femme morte treize jours après l'accouchement, Morgagni trouva une portion du placenta décollée et pendante dans le col; mais l'autre était tellement adhérente, qu'il put à peine la détacher avec le scalpel. La portion adhérente était indurée, et des traces d'inflammation se voyaient sur le point correspondant de la matrice.

Lorsqu'il s'est écoulé un certain laps de temps après l'accouchement sans que l'arrière-faix ait été expulsé, que cependant la forme globuleuse de l'utérus (2), sa dureté, ses contractions manifestes, montrent que cet organe travaille à détacher et à expulser le délivre, et que, portant le doigt à travers le col, on n'y trouve pas le placenta, on devra supposer une adhérence contre nature. On sera confirmé dans ces soupçons par les signes suivants: en exerçant quelques tractions sur le placenta au moyen du cordon, on verra celui-ci, fortement tendu, remonter un peu aussitôt qu'on le relâche. Pendant la contraction, le globe utérin se raffermir et diminue de volume; mais après la contraction il revient à son premier état, beaucoup plus promptement et plus complètement que dans les autres cas. Enfin, en portant la main dans l'utérus, on acquiert la certitude de l'existence de cette complication.

Les adhérences contre nature du placenta peuvent exister seules ou être com-

(1) Il arrive assez souvent, dit Leroux (p. 306, *Traité des pertes de sang*), que le placenta se détache ainsi par son milieu et reste adhérent par les bords. Cette remarque a été faite par Albinus sur une femme dont il a dessiné la matrice. « La femme, dit-il, dont la matrice est représentée sur plusieurs planches, avait le placenta détaché, et entre lui et la matrice il y avait beaucoup de sang caillé. Il était encore cependant adhérent dans tout le bord de la circonférence, et c'est aussi ce qui avait empêché qu'il n'arrivât une perte. » (Voy. traduction de Van Swieten, par Louis, t. VII, p. 145. — Hester, t. II, chap. clv, p. 459.)

(2) Je crois, dit John Rhamsbotham, avoir remarqué une légère altération dans la forme de l'utérus. Son globe n'est pas aussi régulier, et offre aussi quelquefois dans son fond une certaine concavité (*Obs. on Midwifery.*)

pliquées d'accident. L'adhérence partielle s'accompagne presque constamment d'une hémorrhagie plus ou moins abondante. Dans les cas où il n'y a pas d'accident, il faut d'abord attendre, et quelques heures de contractions suffisent souvent pour opérer ce décollement. Après deux heures d'attente, on excite l'utérus à se contracter par tous les moyens que nous avons indiqués. S'ils sont insuffisants, on pratique une injection d'eau froide dans la veine ombilicale. Après avoir coupé le bout du cordon, et exercé quelques pressions sur la veine pour la vider entièrement du sang qu'elle peut contenir, on injecte dans ce vaisseau un liquide froid; et cette injection est assez fortement poussée pour qu'elle se répande dans toute la masse placentaire. Cette injection doit être répétée, avec le soin de retenir le liquide dans le placenta pendant quelques minutes, par une pression faite sur le cordon. Cette injection agit évidemment de deux manières différentes sur le placenta et l'utérus: elle distend le placenta par l'accumulation d'un nouveau liquide dans ses vaisseaux, elle en augmente le volume et le poids; de plus, l'impression du froid qu'elle cause sur la paroi interne de l'utérus en détermine la contraction et le resserrement. C'est donc une ressource qu'il ne faut pas négliger.

Si ce moyen échoue, il faut pratiquer quelques tractions sur le cordon ombilical; mais, suivant la remarque de Levret, il faut que ces tractions soient faites perpendiculairement à la surface du placenta. Si, en effet, lorsque deux feuilles de papier mouillées sont collées l'une à l'autre, disait Levret pour faire comprendre l'importance de ce précepte, vous cherchez à les séparer en les faisant glisser l'une sur l'autre, c'est-à-dire en les tirant parallèlement à leur plan, vous les déchirez plutôt que de les séparer; tandis qu'en les écartant l'une de l'autre perpendiculairement à leur plan, vous les séparez sans effort et sans déchirure. Pour obtenir cet effet, on pousse fortement le cordon ombilical du côté opposé à celui de l'insertion du placenta, au moyen de deux doigts portés dans le vagin et poussés au delà de l'orifice de l'utérus. MM. Velpeau et Guillemot font remarquer, avec quelque raison, que cette règle est impossible à suivre, car le délivre touche les parois de l'utérus et par sa face fœtale et par sa face utérine: les doigts ne soutiennent le cordon qu'au-dessous du col, et, par conséquent, de quelque manière qu'on s'y prenne, le cordon sera toujours parallèle et non perpendiculaire au grand axe de l'utérus. Il est tout aussi bon, suivant eux, de tirer sur le cordon sans poulie de renvoi. Quelle que soit la manière suivant laquelle on pratique ces tractions, on ne doit jamais employer assez de forces pour rompre le cordon, et il faut les cesser aussitôt qu'on s'aperçoit qu'il cède.

Que faut-il faire alors que les excitants locaux et généraux, les injections dans la veine ombilicale, les tractions sur le cordon, ont été sans résultat? Si les adhérences se compliquent d'un accident hémorrhagique, tous les accoucheurs sont d'accord qu'il faut insister sur les tentatives d'extraction. Mais on ne trouve plus la même unanimité pour les cas d'adhérences simples. Les uns, craignant tous les phénomènes fâcheux qui peuvent résulter de la rétention, de la putréfaction du placenta, de la résorption des matières putrides, veulent qu'à

tout prix on achève la délivrance. D'autres, au contraire, redoutant plus encore les conséquences des manœuvres nécessaires à la décortication du placenta, conseillent d'abandonner son expulsion à la nature, recommandant de prévenir et de combattre par les moyens appropriés les accidents ultérieurs.

L'opinion de M. Levret, de Baudelocque, de Desormeaux, de M. P. Dubois, nous paraît celle qui doit nous diriger en pareil cas. Après avoir employé les moyens dont nous avons parlé, on portera la main dans la cavité utérine. Le cordon est alors le meilleur guide pour arriver sûrement au placenta. S'il avait été arraché, on reconnaîtrait le placenta aux ramifications vasculaires qui sillonnent sa face fœtale, à la saillie qu'il forme sur la face interne de l'utérus, à sa consistance, et à la sensation obtuse que la femme éprouve lorsque les doigts portent sur lui. Le lieu d'insertion du placenta étant reconnu, on s'assure d'abord si

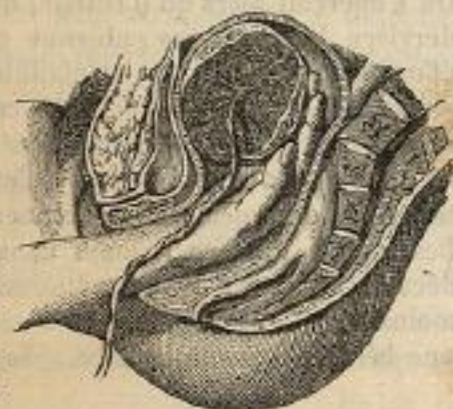


FIG. 119.

l'adhérence est complète ou incomplète: dans ce dernier cas, les auteurs conseillent de glisser la main à plat entre la face externe du placenta et la paroi utérine, et d'agir avec elle comme quand on veut d'un livre non coupé décoller deux feuillets avec un couteau à papier (fig. 119); mais il est certain que c'est là un conseil impossible à suivre. M. P. Dubois préfère alors empoigner la partie déjà détachée à pleine main, et exercer sur elle des tractions dans le but d'achever de décoller le reste; si l'on n'y parvient pas, il veut qu'on le déchire et qu'on enlève toute la portion détachée. C'est en grattant avec le bout des doigts, à petits coups, qu'on détruit le plus sûrement ces adhérences anormales. Mais toutes ces tentatives doivent être faites avec beaucoup de prudence: il faut, sans trop d'insistance, abandonner à la nature l'expulsion ultérieure de toutes les parties qu'on n'aura pu entraîner. Nous pourrions citer de nombreux faits pour prouver toute la sagesse de ce précepte. Nous avons vu un chirurgien imprudent perforer complètement l'utérus pendant les efforts qu'il fit pour séparer un placenta adhérent; et Leroux (de Dijon), malgré toute son habileté, eut le malheur, dans un cas d'adhérence incomplète, de détacher un lambeau considérable du plan musculaire interne, en tirant trop violemment une portion supérieure du placenta déjà décollée, dans le but de détacher la partie inférieure fortement adhérente. La mort survint rapidement dans le cas dont nous avons cité l'observation. Le chirurgien de Dijon n'eut à combattre qu'une hémorrhagie abondante, qu'il arrêta heureusement par l'application du tampon.

Si le placenta est décollé dans sa partie centrale, les bords étant encore adhérents, il existe ordinairement en ce point une cavité où s'amasse le sang; on peut alors percer le centre du placenta et introduire les doigts par cette ouverture pour achever le décollement. Telle a été la conduite de Heister et de Leroux dans cette circonstance. Enfin, si le placenta est adhérent dans toute son étendue, on agit sur le placenta par sa face externe. On glisse la main derrière les

membranes, et lorsqu'elle est arrivée sur un des points de la circonférence du placenta, on cherche à en détacher une partie, et, quand on y est parvenu, on se conduit comme dans le cas d'adhérence primitivement partielle.

Dans le cas, enfin, où une portion ou même la totalité du placenta résisterait aux tentatives sagement faites que nous conseillons, il ne faudrait pas insister; son expulsion aurait probablement lieu plus tôt ou plus tard, soit tout à la fois, soit morceau par morceau.

Comme le placenta, les membranes présentent quelquefois des adhérences anormales sur un point de leur étendue. Voici à quels signes on reconnaît cet obstacle : au début tous les phénomènes de la délivrance se succèdent régulièrement, et le placenta décollé est chassé sur l'orifice interne ou dans la partie supérieure du vagin, mais ce n'est qu'avec peine qu'on parvient à l'amener jusqu'à la vulve. On s'aperçoit alors qu'il résiste, qu'il est retenu en arrière, et en glissant un doigt derrière la symphyse pubienne on sent les membranes qui sont tendues. Tout effort brusque amènerait infailliblement le placenta au dehors en laissant une partie des membranes dans la cavité utérine; aussi, pour prévenir ce fâcheux résultat, il faut savoir temporiser, ne faire que des tractions très-douces quoique longtemps continuées, faire exécuter au placenta plusieurs mouvements de rotation pour enrouler les membranes et leur donner plus de résistance; enfin, au besoin, on glissera la main dans le vagin et en suivant les membranes on ira décoller la partie restée adhérente. La rétention d'un lambeau de membranes, moins grave que la rétention d'un cotylédon placentaire, peut cependant produire une hémorrhagie secondaire. (Voy. *Hémorrhagie secondaire.*)

§ VI. — De la rétention d'une partie ou de la totalité du placenta.

En se conformant aux règles que nous venons de tracer, il est bien rare qu'on ne parvienne pas à extraire complètement le placenta; mais nous avons vu pourtant que, dans quelques cas, on se voyait obligé d'abandonner une partie plus ou moins considérable du délivre, et de confier son expulsion aux ressources de l'organisme. Que cet abandon soit forcé, ou qu'il soit le résultat de tractions mal faites sur le cordon, ou de tentatives inopportunes pour décoller le placenta adhérent, il peut donner lieu à des conséquences très-variées et dont quelques-unes sont très-graves. Il est donc très-important de constater le fait, ce qu'il est presque toujours possible de faire par un examen un peu attentif du placenta. Cette constatation ne serait difficile qu'autant qu'une adhérence très-intime du placenta aurait nécessité son morcellement.

A. *L'hémorrhagie* est presque toujours la conséquence immédiate de la rétention d'une portion un peu considérable du placenta, et son abondance est en général proportionnée au volume de la masse abandonnée. Quelquefois pourtant il n'y a pas de perte, soit parce que l'utérus s'est convenablement rétracté après le décollement du placenta, soit parce que les portions du délivre restées ont conservé leur adhérence avec la paroi utérine. Dans le premier cas, la perte diminue après quelques heures, grâce à la rétraction de la matrice, et pendant les premiers jours, à l'exception des coliques violentes que font éprouver à la femme les efforts faits par l'utérus pour se débarrasser du corps étranger,

celle-ci n'éprouve guère que les malaises résultant d'une hémorrhagie peu abondante. Mais bientôt ces tranchées fréquentes semblent déterminer dans le globe utérin une sensibilité inaccoutumée, et une pression même légère finit par y déterminer de la douleur. Les lochies, qui jusqu'alors étaient purement sanguines, changent de nature. Elles sont mélangées d'une eau sanieuse, très-fétide, et deviennent très-irritantes pour les parties génitales. Pour peu que la température soit élevée, et surtout si les soins les plus scrupuleux de propreté ne sont pas observés, elles répandent une odeur tellement infecte, que la chambre de la malade est inhabitable, et, comme l'a observé M. Jacquemier, les personnes chargées de lui donner des soins peuvent en recevoir de fâcheuses atteintes.

Cette altération des lochies est la conséquence de la putréfaction de quelque portion du placenta. A mesure, en effet, que de la masse adhérente se détachent quelques parties, celles-ci tombent dans la cavité utérine, où elles peuvent séjourner quelque temps. Le contact avec l'air, qui arrive facilement jusque dans l'utérus, en produit assez promptement la putréfaction, et ces lambeaux putréfiés communiquent aux lochies l'odeur qu'elles exhalent.

B. *Résorption putride du placenta.* — Il est fort rare que ces phénomènes locaux se manifestent sans que la santé générale de la femme soit sensiblement altérée. Après un temps plus ou moins long, survient un violent frisson, accompagné d'une agitation et d'une anxiété excessives; le pouls devient fréquent, précipité; la peau est sèche et brûlante; la face est alternativement pâle et colorée, quoique le plus habituellement pâle; la respiration est anxieuse et fréquente; la langue, toujours sèche, est tantôt blanche, tantôt rouge; la malade accuse des douleurs, quelquefois avec battements dans la tête; et bientôt le délire, intermittent d'abord, puis continu, vient s'ajouter aux autres symptômes. Ceux-ci deviennent de plus en plus graves: le ventre se ballonne et offre une grande sensibilité; des envies de vomir, des vomituritions, quelquefois même des vomissements abondants, parfois aussi des évacuations alvines plus ou moins nombreuses et involontaires, témoignent de la part que le tube digestif prend à l'affection générale. Enfin le pouls s'altère de plus en plus, est filiforme, ondulant; la faiblesse et l'agitation sont extrêmes, le délire ne cesse plus, et la mort termine cette horrible scène, cinq, dix, quinze jours après l'invasion des premiers accidents.

La péritonite, que dans quelques cas annoncent la sensibilité et le ballonnement du ventre, n'existe pas toujours, et la mort peut être seulement la conséquence de l'espèce d'empoisonnement qui résulte de l'absorption des débris putréfiés du placenta. Les symptômes offerts par la malade sont alors uniquement ceux des fièvres nommées autrefois fièvres adynamiques et ataxiques.

La terminaison n'est pas toujours funeste, et surtout alors que la maladie ne se complique pas de péritonite, la malade peut échapper aux dangers dont elle était menacée.

Après un certain temps, la portion du placenta retenue peut se détacher tout

à coup, être expulsée en masse, et faire subitement cesser les graves symptômes auxquels donnait lieu sa putréfaction.

Quelquefois, et sous l'influence d'injections fréquemment répétées, l'écoulement semble perdre de sa fétidité et de ses qualités irritantes, il devient plus franchement purulent. Ça et là il charrie quelques parcelles détachées du placenta, et chaque injection en entraîne aussi quelques parties; de temps en temps une portion un peu plus volumineuse vient se présenter au col, et le doigt introduit dans l'orifice peut l'amener au dehors. Pendant que la matrice se débarrasse ainsi des matières putrides qu'elle renferme, les accidents généraux s'amendent, ou du moins ne s'aggravent pas. L'organisme paraît résister à l'influence délétère à laquelle il est soumis. La malade peut rester ainsi, pendant plusieurs semaines, avec un mouvement fébrile presque continu, offrant ça et là quelques exacerbations précédées de légers frissons, quelques troubles légers du côté des organes digestifs, et, lorsque enfin la totalité du placenta est expulsée, la fièvre cesse, les forces renaissent, les fonctions nutritives se rétablissent, et la malade revient à la santé.

Ces accidents graves, toujours à redouter quand une portion plus ou moins considérable du placenta a été retenue dans la matrice, ne sont pourtant pas toujours la conséquence de cette rétention. Celle-ci peut se continuer longtemps après l'accouchement sans compromettre sérieusement la santé de la femme, et se terminer de deux manières différentes, mais également remarquables: je veux parler de l'expulsion tardive et de la résorption du placenta.

C. Expulsion tardive du placenta. — La rétention d'une portion du placenta est très-souvent accompagnée d'une hémorrhagie abondante. Il n'en est pas toujours ainsi quand la totalité du délivre est restée dans la cavité utérine, ce qui n'arrive guère qu'à la suite des avortements. Si, en effet, les adhérences ne sont en aucun point détruites, et si les vaisseaux utéro-placentaires ne sont en aucun point déchirés, on conçoit facilement l'absence d'hémorrhagie, et souvent même l'absence d'écoulement lochial qu'on observe dans ces conditions. La perte ne survient alors qu'au moment où l'utérus, tendant enfin à se débarrasser de ce corps étranger, se contracte pour l'expulser.

Cette expulsion peut s'opérer en une seule fois, et le placenta, complètement décollé, est chassé en entier. L'hémorrhagie, qui dure quatre, cinq, et même dix jours, temps quelquefois nécessaire à ce décollement, cesse aussitôt après comme par enchantement. Cette hémorrhagie, du reste, est beaucoup moins abondante quand le décollement du placenta s'opère à une époque très-éloignée de l'expulsion de l'enfant. La rétraction toujours continuelle de l'utérus, qui tend sans cesse à reprendre les dimensions de l'état de vacuité, a dû nécessairement diminuer et presque effacer le calibre de ses vaisseaux, de manière à rendre alors leur rupture peu dangereuse. En examinant le placenta, on voit qu'il n'est nullement altéré, qu'il n'offre aucune mauvaise odeur, et que, bien qu'il ait séjourné plusieurs jours, plusieurs semaines, quelquefois même plusieurs mois, dans la cavité utérine, après l'expulsion de l'enfant, il est aussi frais que si l'enfant venait de naître. L'intégrité de ses connexions

vasculaires avait maintenu la vie, et explique l'innocuité de la rétention prolongée.

C'est ce que je viens d'avoir l'occasion de constater chez une jeune femme qui, depuis vingt-quatre jours, avait fait une fausse couche de trois mois et demi. Le délivre était resté depuis ce temps dans la cavité utérine, et, une hémorrhagie grave étant survenue à la suite du décollement du placenta, je fus obligé de l'extraire artificiellement. Il était, du reste, déjà engagé dans le col, et son extraction n'a présenté aucune difficulté sérieuse; mais la faiblesse excessive de la malade ne permettait pas de temporiser. Il n'offrait aucune apparence de putréfaction.

J'ai vu le même fait chez deux femmes qui étaient accouchées à terme, et chez lesquelles la délivrance avait été incomplète. Elles furent prises toutes deux, l'une au neuvième, l'autre au dix-septième jour seulement, d'hémorrhagie grave. Dans les deux cas je trouvai le col entr'ouvert et je pus extraire un cotylédon placentaire dont le tissu n'offrait aucune trace de putréfaction.

Malheureusement la lenteur avec laquelle parfois s'opère le décollement du placenta peut prolonger la perte et devenir ainsi la cause d'un autre accident. Lorsqu'en effet un cotylédon est ainsi détaché, il cesse de participer à la circulation des parties adhérentes, il reste suspendu dans la cavité de la matrice. Après un certain temps, il se sépare du reste du placenta, et si son volume ou la rétraction de l'orifice s'oppose à sa sortie immédiate, il se putréfie et peut devenir la cause de quelques-uns des accidents indiqués plus haut. Le plus souvent pourtant son expulsion ne se fait pas longtemps attendre, ou du moins l'homme de l'art juge convenable d'en opérer l'extraction; mais ce qu'il est impossible d'éviter, ce sont les hémorrhagies, qui, se répétant chaque fois que se reproduisent ces décollements partiels, finissent par affaiblir beaucoup la malade et par compromettre même son existence.

D. L'absorption complète du placenta est un fait si extraordinaire, que les premières observations publiées furent accueillies avec une grande réserve. Il ne fallut rien moins que la grande autorité de noms comme celui de Nægele, il ne fallut rien moins que les détails minutieux avec lesquels ces faits sont racontés, pour les introduire dans la science. Et pourtant il est si facile en pareille matière de s'abuser, que, même après les observations de Nægele, de Salomon, de Velpeau, le doute naît parfois dans l'esprit. N'est-il pas possible, en effet, que malgré la surveillance la plus active, l'expulsion du placenta soit passée inaperçue? N'est-il pas possible que l'espèce de débris sanieux auquel donne lieu sa putréfaction se soit mélangé aux lochies putrides qui s'écoulent dans ces cas? Ne se peut-il pas enfin que sa rétention longtemps prolongée et son expulsion tardive aient été considérées comme des cas de résorption? qu'une femme, en effet, ait ainsi gardé son placenta pendant plusieurs mois, sans que sa santé ait été notablement altérée? et il peut arriver que son décollement ait lieu sans hémorrhagie abondante, et que, pendant des efforts de garde-robe, le délivre, rattaché, peu volumineux, soit chassé au dehors sans que la femme elle-même s'en aperçoive.

La plupart des cas publiés peuvent, sans aucun doute, recevoir une de ces interprétations, mais il faut avouer pourtant qu'il en est quelques-uns dans lesquels la résorption réelle du placenta paraît incontestable. Après tout, ce fait n'est pas sans analogues. Dans les grossesses extra-utérines avancées, n'a-t-on pas trouvé souvent le fœtus réduit à ses portions osseuses, toutes les autres parties solides ou liquides ayant été résorbées ? N'a-t-on pas vu le même phénomène se produire dans l'utérus, alors que le fœtus mort y avait séjourné pendant un long temps ? La résorption d'un placenta n'est certes pas plus extraordinaire, surtout lorsqu'il s'agit d'avortements, c'est-à-dire de placentas peu volumineux, incomplètement formés, comme dans la majorité des cas cités. C'est donc un fait dont il est impossible aujourd'hui de constater la possibilité d'une manière absolue, mais qu'on ne doit admettre qu'avec une certaine réserve.

Indications. — Nous avons assez insisté sur les moyens propres à prévenir la rétention d'une partie ou de la totalité du placenta, et nous n'avons qu'à ajouter un mot sur la prudente insistance qu'on doit mettre dans les tentatives d'extraction. Si, en effet, les graves accidents auxquels la femme est exposée nous obligent à faire tout ce qu'il est humainement possible de tenter pour compléter cette extraction, nous devons rappeler que des efforts trop longtemps prolongés soit pour introduire la main à travers un orifice rétracté, soit pour déchirer les adhérences trop intenses, peuvent avoir des conséquences tout aussi graves ; que les inflammations post-puerpérales, les déchirures même de l'utérus, ont été fréquemment observées à la suite de ces décollements forcés ; qu'enfin un placenta resté en partie ou en totalité dans l'utérus peut n'être expulsé qu'après plusieurs mois, ou être résorbé sans altérer sensiblement la santé de la mère. Ces derniers faits, quoique rares, suffisent à justifier et à commander même l'abandon de toute tentative violente et de nature à compromettre la vie. Il est impossible de formuler ici une règle absolue, et c'est à la sagacité, à la prudence du praticien, à poser des limites à son intervention.

Quant aux indications à remplir lorsque volontairement ou par maladresse une portion du placenta est restée dans l'intérieur, elles varient suivant l'époque à laquelle on est appelé à donner des soins à la malade.

Très-souvent une hémorrhagie assez abondante est le premier accident qui se manifeste. On doit tout d'abord chercher à en modérer l'abondance par des applications froides sur le bas-ventre, les aines et les cuisses, par les excitations portées sur le corps et le col utérin, et, dans le but de solliciter plus énergiquement encore la rétraction de l'organe, par l'administration du seigle ergoté. Il est fort rare que ces moyens ne suffisent pas quand l'utérus est convenablement rétracté, et, si l'inertie utérine vient aggraver l'accident, on devra recourir aux moyens que nous indiquerons plus bas.

Quant aux violentes tranchées utérines dont la femme est tourmentée, il faut se garder de chercher à les calmer par l'administration des opiacés, car les contractions dont elles sont l'effet tendent à décoller et à expulser la masse adhérente.

Dans sa conduite ultérieure, le praticien se dirigera suivant les événements.

Si le col utérin semble très-fortement rétracté, si les lochies sont peu abondantes, si surtout elles ne présentent aucune altération dans leur composition, leur couleur, leur odeur, il devra se borner à surveiller attentivement la malade, sans troubler par une intervention intempestive les tendances de la nature.

Dès que les lochies deviendront sanieuses et fétides, on devra recourir aux moyens les plus propres à prévenir leur influence fâcheuse sur l'économie. Des injections intra-vaginales et intra-utérines faites fréquemment, et continuées jusqu'à ce que le liquide injecté ne soit plus imprégné de l'odeur putride, sont très-utiles. On pourrait avec avantage les faire à grande eau, comme le conseille M. Vullyamos. Toutes les cinq minutes, il fait, avec une grosse seringue à lavement, une injection d'eau tiède ; s'il y a perte, il préfère l'eau froide. Cette injection se fait à l'aide d'une longue canule de gomme élastique, dont une extrémité est placée à demeure dans le col, l'autre dépasse la vulve et même le pied du lit pour empêcher de découvrir la malade. Le liquide est reçu dans un bassin placé sous la femme. Je crois plus prudent de se servir d'une sonde à double courant.

Il faut aussi souvent toucher les malades pour s'assurer si aucune portion du placenta ne se présente au col, car on devrait immédiatement en pratiquer l'extraction, soit avec les doigts, soit avec la pince à faux germe de Levret, ou la curette de M. le professeur Pajot. Les injections sont, en effet, souvent insuffisantes et ne peuvent entraîner des portions un peu volumineuses.

L'extrême fétidité des lochies peut autoriser l'emploi d'injections légèrement chlorurées.

La malade sera soumise d'ailleurs à toutes les prescriptions hygiéniques. L'air de la chambre sera souvent renouvelé et purifié par tous les moyens appropriés ; les linges dont elle est environnée seront changés le plus souvent qu'on le pourra.

Si, malgré ces précautions, sur lesquelles on ne saurait trop insister, les phénomènes d'infection générale se manifestent, on aura d'abord recours aux purgatifs, aux bains, au calomel et aux frictions mercurielles, s'il y a complication de péritonite ; mais, dès qu'apparaîtront les symptômes adynamiques ou ataxiques, la médication tonique et excitante de la dernière période des fièvres graves sera seule applicable. L'eau vineuse, les préparations de quinquina, d'acétate d'ammoniaque, pourront rendre de véritables services.

ARTICLE II

DES ACCIDENTS QUI PEUVENT COMPLIQUER LA DÉLIVRANCE

L'hémorrhagie, le renversement et la rupture de l'utérus, les convulsions tels sont les principaux accidents qui peuvent compliquer la délivrance.