

chaudes ; quand la matrice se durcit, rompre les membranes. On peut en moyenne attendre une heure, ainsi que le conseillait P. Dubois.

7. Si l'on est à une époque éloignée du terme et que la matrice semble rester absolument tranquille après la sortie du 1^{er} enfant, on doit respecter ce repos, attendu que le 2^d enfant peut encore être toléré plus ou moins longtemps et être expulsé quand il sera plus développé, donc avec plus de chance de vivre.

Dans ce cas, le placenta du 1^{er} enfant ne tarde pas à sortir et le col se referme. Il est plus rare que le placenta reste ; alors il faut lier et couper le cordon aussi haut que possible ; mais la chance de voir continuer la grossesse un certain temps est très faible.

8. Si le 2^d enfant n'était pas vivant, s'il y avait du côté de la mère quelque accident ou une indication quelconque de terminer, on devrait évidemment procéder sans retard à l'extraction du second jumeau.

SUPPRESSION DE LA DOULEUR PENDANT L'ACCOUCHEMENT.

On a essayé de supprimer ou d'atténuer les douleurs de l'enfantement, sans nuire à la marche régulière du travail, sans danger pour la mère ni pour l'enfant.

On a employé dans ce but les narcotiques, les anesthésiques, spécialement le chloroforme.

On se sert du chloroforme de deux façons, selon que l'on veut obtenir une insensibilité complète semblable à l'anesthésie chirurgicale, ou que l'on désire seulement assoupir un peu la patiente, lui procurer un léger repos dans l'intervalle des contractions ; c'est la méthode de Campbell, ou *le chloroforme à la reine*, comme a dit Pajot.

On n'administre le chloroforme à dose chirurgicale que pour des accouchements très douloureux, très laborieux, lorsqu'une opération difficile doit être pratiquée. On procède alors comme en chirurgie : on fait ou non précéder les inhalations d'une injection de morphine, on a recours à la compresse, ou au cornet, ou au masque. Il y a les dangers ordinaires de l'anesthésie complète et l'on doit prendre toutes les précautions indiquées par l'expérience des chirurgiens. Lorsque l'anesthésie est poussée jusqu'à ses dernières limites, toute sensibilité disparaît, tous les muscles sont dans le relâchement et l'on ne peut plus compter sur la contraction des muscles abdominaux ; la matrice elle-même participe à la torpeur générale et c'est pourquoi on essaye ce moyen lorsqu'il y a un spasme de l'organe rendant la version impossible.

Il est rare que l'on veuille arriver à ce degré avancé d'anesthésie ; pour les opérations ordinaires, on se contente d'endormir la femme plus ou moins complètement, on cherche à émousser la sensibilité, de façon que les manœuvres soient faciles et pas trop douloureuses.

A cette dernière dose, le chloroforme n'a pas en général d'influence mauvaise sur l'utérus, les contractions conservent leur régularité et la presse abdominale continue à faire sentir son action. Il n'exerce non plus aucune influence fâcheuse sur le fœtus ni sur les suites de couche. Cependant, il y a des exceptions, parfois le chloroforme affaiblit les contractions de l'utérus et des parois abdominales et le fœtus en est incommodé. On ne doit donc pas y avoir recours d'une manière banale, dans le simple but d'être agréable à la femme et il faut s'en abstenir autant que possible en cas d'inertie utérine.

« Le chloroforme à la reine » consiste à verser quelques gouttes de ce liquide sur un mouchoir, que l'on approche du nez pendant les douleurs. On ne produit pas le sommeil, ni l'anesthésie ; on diminue seulement un peu la sensibilité, on calme la patiente, on l'assoupit légèrement. Cette méthode, préconisée par quelques auteurs, ne paraît pas avoir d'inconvénients. Elle est spécialement employée dans les accouchements naturels. Elle peut être utile pour calmer la femme, pour lui donner de la patience ; c'est un moyen de lui rendre du courage, en ayant l'air de faire quelque chose.

Cette manière de procéder ressemble à celle de certains accoucheurs, qui prescrivent des potions insignifiantes, légèrement antispasmodiques, dans le seul but de contenter la femme et l'entourage. Nous avons vu aussi parfois des sages-femmes vivement sollicitées pour donner des « poudres qui font accoucher vite », administrer une substance inerte quelconque, de la farine par exemple, afin de se soustraire aux réclamations et aux plaintes dont on les poursuivait. On ne peut pas blâmer cette conduite ; certaines personnes sont tellement insupportables, qu'il faut bien employer un moyen pour qu'elles vous laissent tranquille ; pourvu que le moyen soit inoffensif, il n'y a rien à dire.

On a aussi employé, pour obtenir l'anesthésie, les inhalations d'éther, de protoxyde d'azote, de bromure d'éthyle. Le chloral par la bouche ou en lavement peut souvent rendre des services.

On a enfin cherché à enlever les douleurs en agissant uniquement sur les parties génitales, au moyen d'injections vaginales belladonnées ou d'infusions de ciguë, de coca, de stramoine ; au moyen d'injections sous-cutanées de morphine ; à l'aide de pulvérisations d'éther, de badigeonnages à la cocaïne, etc.

Les injections vaginales narcotiques ne diminuent guère la sensibilité et n'agissent qu'en ramollissant les parties. Les injections sous-cutanées de morphine ne doivent être faites que dans des cas spéciaux, ainsi contre les fausses douleurs, contre le spasme du col.

Les pulvérisations d'éther, de chlorure d'éthyle, de kéléne ou d'autres mélanges réfrigérants sur le périnée pendant la période d'expulsion, font disparaître en grande partie la douleur, mais

rendent les tissus durs et fragiles, de sorte que les déchirures se produisent facilement. Dans ces dernières années, la cocaïne a fixé l'attention : on badigeonne le col, le vagin, la vulve avec une solution de cocaïne à 5 ou 10 %. On enlève ainsi plus ou moins la sensibilité. Les injections sous-cutanées de cocaïne sont certainement plus actives. Quelques-uns remplacent la cocaïne par le gaïacol, le menthol. Mais on ne peut encore se prononcer sur tous ces moyens, dont les inconvénients ou les dangers peuvent être supérieurs aux avantages.

On a expérimenté aussi les différentes substances analgésiques : l'antipyrine, l'exalgine, la phénacétine, etc. Ces médicaments atténuent les douleurs et sont utiles quand la femme est agitée, excitée, éprouve des souffrances trop vives. Dans ces conditions, 1 ou 2 grammes d'antipyrine par la bouche ou en injection sous-cutanée nous ont souvent rendu des services.

Quelques médecins ont fait des essais d'hypnotisme, de fascination, de miroirs tournants, de choréoptisme. Ils provoquent ainsi des phénomènes très curieux, mais dont la pratique ordinaire n'a pas à s'occuper à l'heure actuelle.

DE LA DÉLIVRANCE NATURELLE.

On appelle délivrance, le décollement et la sortie du placenta et des membranes; elle est naturelle ou artificielle, selon qu'elle exige ou non l'intervention *active* de l'accoucheur. Nous n'avons à parler ici que de la délivrance naturelle. Elle comprend : 1° le décollement de l'arrière-faix; 2° la descente du gâteau dans le vagin; 3° sa sortie à l'extérieur.

1° Le décollement du placenta est le résultat du retrait de la matrice, c'est-à-dire de la rétractilité et de la contractilité de l'organe. L'épanchement de sang qui se fait dès que quelques vaisseaux sont décollés, facilite la séparation du restant du gâteau.

Après la sortie de l'enfant, la matrice revient sur elle-même, son volume est considérablement diminué, ses parois se rétractent fortement. Le placenta, corps mou, lobulé, peut suivre jusqu'à certain point ce retrait, en se tassant, en se ramassant sur lui-même. Mais après quelques minutes de repos, 5 à 10 minutes en moyenne, l'utérus recommence à se contracter; alors le délivré ne peut plus suivre ce nouveau retrait des parois, les connexions cellulaires et vasculaires sont tirillées, lacérées, les surfaces en contact se séparent, le placenta se décolle. Pendant ces contractions, le gâteau est comprimé de toutes parts et poussé du côté où la résistance est la moindre, c'est-à-dire vers le col : c'est un corps étranger, comme auparavant le fœtus, et l'organe tend à s'en débarrasser par des efforts plus ou moins violents. Dès que quelques vaisseaux utéro-

placentaires sont déchirés, un peu de sang s'écoule, se répand entre les surfaces utérine et placentaire et facilite le détachement de ce qui tient encore.

Le décollement peut commencer par un point quelconque du gâteau; il est plus ou moins rapide, selon la solidité des attaches, selon le retrait de l'utérus, selon la puissance des contractions, selon le lieu d'implantation.

Le décollement se fait parfois avant la sortie de l'enfant, lorsque, par exemple, les contractions sont très violentes, les adhérences peu solides, la matrice en partie évacuée (grossesse gémellaire, hydropisie de l'amnios, présentations pelviennes), quand le cordon est tirillé pour une cause quelconque; ce décollement prématuré est inévitable dans les insertions vicieuses, ainsi que nous l'expliquerons en parlant du placenta prævia.

Le décollement est au contraire retardé si le travail a été languissant, l'utérus inerte, si les connexions sont trop fortes, contre-nature (*adhérences anormales du placenta*). Ce dernier cas sera examiné plus tard.

Le placenta décollé glisse sur le col et se présente à l'orifice tantôt par sa face fœtale, tantôt par sa face utérine, tantôt par un de ses bords. Ces diverses variétés résultent de la façon dont s'est fait le décollement, du lieu d'implantation, de la position de la femme.

Ainsi, lorsque le placenta est inséré vers le fond de l'utérus, que le décollement procède du centre à la circonférence ou *vice-versa*, la face fœtale descend la première et vient se présenter au col; les membranes sont entraînées à la suite, de sorte que le sac se retourne complètement, sa face interne devient externe et réciproquement. Il y a donc une véritable inversion du gâteau et des membranes et quand le tout est sorti, si l'on veut remettre la pièce dans sa situation primitive, il faut repousser le placenta dans l'ouverture des membranes. Cette inversion se produit spontanément, comme l'a enseigné Baudelocque; cependant on comprend que des tractions exercées sur le cordon puissent la favoriser.

Le doigt reconnaît la surface fœtale du délivré à l'insertion du cordon et aux flexuosités des vaisseaux ombilicaux.

Lorsque le placenta est inséré latéralement et qu'il se décolle de bas en haut, la partie détachée peut glisser sur le col, de sorte qu'alors c'est la surface utérine qui se présente. Le doigt la reconnaît à sa consistance et à ses sillons inter-cotylédonaires.

Si le décollement se fait de bas en haut et que la partie supérieure reste plus longtemps adhérente, il arrive que le bord inférieur du gâteau occupe le centre du col, où le doigt peut aisément le reconnaître.

Malgré l'avis contraire de M. Duncan, nous pensons que le

placenta se présente le plus souvent par sa face fœtale et que le sac se retourne, même si l'on ne fait pas de tractions sur le cordon.

Dans tous les cas, du sang est épanché entre l'utérus et le sac membrano-placentaire; ce sang peut se frayer une voie jusqu'au col et sortir peu à peu, au fur et à mesure qu'il vient des orifices utérins laissés béants par la rupture des vaisseaux utéro-placentaires. Habituellement, ce sang s'accumule en certaine quantité et est expulsé en même temps que le placenta et les membranes. On distingue facilement cet écoulement d'une hémorragie, parce qu'il s'arrête immédiatement par suite de la rétraction de la matrice. Cette rétraction complète a, en effet, pour résultat de boucher les vaisseaux utérins qui, comme on sait, sont entourés de fibres musculaires faisant l'office d'anneaux contractiles, de véritables ligatures. Grâce à ce mécanisme, le sang ne peut plus sortir des vaisseaux lacérés.

Il arrive que le sang accumulé fasse bomber les membranes à l'orifice du col. Si l'on n'y prenait garde, on pourrait croire à une seconde poche d'eau et, par conséquent, à une grossesse gémellaire.

La perte de sang qui accompagne la délivrance a été évaluée en moyenne à 250 grammes; elle varie de 50 à 500 grammes.

2° Le placenta décollé tombe sur le col, l'agace et détermine des contractions, qui pousse le gâteau dans le vagin.

3° Parfois, la contraction de la matrice est assez forte pour expulser le délivre à l'extérieur; mais si le placenta n'est poussé que dans le vagin, celui-ci, qui a été trop fortement distendu, a perdu son irritabilité et sa contractilité, de sorte que le gâteau peut y séjourner longtemps (plusieurs heures, plusieurs jours), lorsque la femme reste dans le décubitus dorsal. Nous en avons vu un, qui était là depuis 36 heures, chez une femme qui était accouchée seule dans sa chambrette, sans appeler personne à son aide. Ces cas sont rares, parce que, le plus souvent, les femmes qui accouchent clandestinement, se lèvent, marchent, vaquent même à leurs occupations, de sorte que le placenta est entraîné au dehors par la pesanteur; habituellement, du reste, ces femmes tirent sur le cordon et font elles-mêmes la délivrance.

Soins à donner dans la délivrance naturelle.

Après la sortie de l'enfant, on place deux ligatures sur le cordon et on coupe celui-ci entre deux. On lave les parties avec une compresse et de l'eau sublimée, puis on surveille l'utérus et l'on attend que de nouvelles contractions se produisent; si elles tardent, il est permis de les stimuler en frictionnant légèrement le fond de l'organe.

Lorsque la matrice est épuisée par un long travail, il faut savoir lui accorder le repos dont elle a besoin et ne pas la débarrasser

trop rapidement. L'inertie et l'hémorragie seraient la conséquence de cette précipitation.

Un quart d'heure en moyenne après la sortie de l'enfant, on a déjà pu constater que la matrice s'est durcie deux ou trois fois; si l'on n'a pas contrarié par des frictions son mode de retrait, elle s'est allongée de haut en bas et rétrécie transversalement, c'est-à-dire qu'elle est devenue cylindrique ainsi que le montrent les figures 126, 127 et 128; le placenta est apparemment décollé et il faut l'amener à l'extérieur. Pour cela, la main gauche étant appliquée largement sur le fond utérin, qu'elle redresse au besoin, et dont elle constate et assure la dureté, la main droite saisit le cordon près de la vulve, en enroulant deux ou trois tours entre les doigts et le mieux en interposant une compresse pour éviter le glissement; elle exerce alors sur cette tige une traction légère en bas et en arrière. Si le décollement est complet, le cordon descend et ne remonte pas après la traction; on sent que le gâteau s'engage sans difficulté. La main gauche suit la rétraction de la matrice, observe sa forme, sa consistance, exerce au besoin une légère compression. Les doigts de la main droite lâchent le cordon pour le ressaisir plus haut, toujours près de la vulve; on modifie le sens des tractions pour agir constamment selon les axes. Bientôt le placenta arrive dans le vagin, puis se présente à l'extérieur. Lorsque la moitié au moins du gâteau est dégagée, la main gauche quitte le globe utérin et vient se disposer pour recevoir le délivre; elle reste ouverte et immobile sous la vulve, son bord radial appuyé sur la commissure antérieure du périnée. La main droite empoigne le placenta et le roule plusieurs fois sur lui-même, de manière à réunir les membranes en une espèce de corde; de cette façon, on achève de les décoller de l'utérus et on leur donne plus de solidité pour l'extraction. Le placenta, toujours tenu dans la paume de la main gauche, est un peu éloigné des parties, afin de permettre à deux doigts de la main droite, de pénétrer dans le vagin et d'aller pincer la corde formée par les membranes pour l'attirer doucement, insensiblement à l'extérieur.

Ces précautions sont nécessaires pour avoir les membranes bien complètes.

Il faut alors parfaitement examiner le délivre et s'assurer qu'aucune portion du placenta ou des membranes n'a été retenue. Il est prudent de montrer aux assistants que le tout est sorti, parce que plus tard, si un caillot plus ou moins compact et parfois putréfié était expulsé, on pourrait dire que « quelque chose a été laissé dans la matrice ». Pour bien faire, il faut étaler le gâteau et le sac membraneux.

Quand tout s'est passé normalement, facilement, il est probable que rien ne manque; cependant une portion du chorion ou de l'amnios, un cotylédon ou un placenta surnuméraire pourraient être

retenus ; il est donc toujours nécessaire de passer le tout en revue. En général, lorsque le sac ne présente qu'une seule ouverture, ayant juste les dimensions réclamées pour le passage de l'enfant, il y a les plus grandes chances pour que tout y soit ; on doit s'assurer cependant que les membranes sont complètes, que le gâteau est intact, qu'il n'y a eu aucun morceau arraché. S'il y a eu inversion du sac, comme le plus souvent, il faut le retourner afin d'avoir sous les yeux la surface utérine du placenta, car c'est de ce côté seulement que l'on peut bien voir si rien ne manque.

Rappelons que l'ouverture des membranes peut indiquer le lieu d'insertion du placenta : si cette ouverture est tout contre un des bords du gâteau, c'est que celui-ci était implanté près du col ; si l'ouverture du sac est juste opposée au placenta, c'est qu'il se trouvait sur le fond de l'utérus. Les autres variétés indiquent des insertions intermédiaires entre le fond et le col.

Pendant la délivrance, si du sang coule un peu, si les parties génitales ou les cuisses sont souillées, il faut faire des lavages avec une compresse ou de l'ouate et de l'eau sublimée tiède ; si le placenta tarde à sortir, il est utile de pratiquer une injection vaginale à 1/5 pour 1000. Après la délivrance, cette injection vaginale est bonne pour débarrasser le canal des caillots qui pourraient s'y trouver. Il n'est même pas mauvais de toucher, afin de constater si un caillot n'est pas retenu dans le col ou dans le cul-de-sac postérieur du vagin.

Injection et toucher exigent à ce moment plus de soins antiseptiques que jamais. Il faut se garder de les pratiquer avec des doigts souillés de sang, de mucosités, de méconium, de matières fécales, comme nous l'avons vu trop souvent. Il y a, en effet, le long du canal vulvo-vaginal et au col des éraillures, des érosions toutes fraîches et douées d'une grande puissance d'absorption. Beaucoup d'accidents puerpéraux n'ont pas d'autre cause.

Lorsqu'au bout de 15 à 20 minutes, le placenta n'est pas décollé, on fait une injection intra-utérine chaude (45°) d'eau sublimée à 1/10 pour 1000, ou bien l'on pratique *l'expression utérine* de la façon suivante, ainsi qu'elle a été décrite par M. Crédé en 1861.

Si la matrice est flasque, on commence, par des frictions douces, à solliciter des contractions. Quand elle est bien contractée, on embrasse son fond avec une ou deux mains, les doigts placés en arrière et le pouce en avant ; on exerce alors une pression énergique de haut en bas, en rapprochant en même temps le pouce des autres doigts, comme quand on veut projeter au loin un noyau de cerise tenu entre le pouce et l'index. L'arrière-faix est ainsi exprimé, poussé dehors, avec grande facilité.

Si la manœuvre ne réussit pas tout de suite, on attend 5 à

10 minutes avant de la renouveler et l'on fait une injection chaude entre deux.

L'expression utérine est généralement douloureuse et les femmes ne la supportent pas toujours sans se plaindre assez vivement.

Il y aurait un certain danger à l'essayer quand la matrice est flasque, parce qu'on pourrait ainsi provoquer son renversement.

Il est indiqué avant d'empoigner le fond de l'organe, de le redresser au besoin et d'écartier les anses intestinales.

Nous avons très souvent employé avec succès cette expression utérine de Crédé ; nous nous servons pour la pratiquer de la main gauche ou droite pendant que l'autre exerce sur le cordon une traction modérée en bas et en arrière. Comme nous n'y avons recours qu'en temps utile, nous réussissons d'habitude à la première fois.

Quand on fait cette expression, on doit éviter de projeter brusquement le placenta à l'extérieur, car on risquerait de déchirer les membranes et d'en laisser une partie dans l'utérus. Dès que le gâteau est à la vulve, il faut le recevoir sur la main gauche et agir pour le surplus comme il a été indiqué précédemment.

Si ces moyens ne réussissent pas, après deux ou trois tentatives, on a recours à la délivrance artificielle ; il ne faut pas tarder plus d'une heure, deux au maximum.

Remarques. — 1. Les soins que réclame la délivrance sont très importants ; si l'on est imprudent, trop craintif ou trop pressé, de graves accidents peuvent survenir ; nous aurons l'occasion de les signaler en parlant de différentes méthodes qui ont été conseillées.

Certains accoucheurs veulent aller trop vite et terminent la délivrance immédiatement après la sortie de l'enfant, les uns en introduisant la main dans l'utérus, les autres en agissant par l'abdomen.

L'on voit encore de ces praticiens pressés d'en finir, qui, après avoir confié l'enfant à la garde-couches, se hâtent de pousser leur main dans la matrice, vont décoller le placenta et l'amènent aussitôt à l'extérieur.

Cette manière de faire est inutile et dangereuse. L'introduction de la main dans les organes génitaux occasionne de la douleur et favorise la septicémie ; les doigts peuvent contusionner les tissus, irriter l'utérus ; si les adhérences sont encore quelque peu résistantes, on pourra lacérer le placenta ou la paroi utérine ; la matrice trop rapidement vidée pourra rester inerte ; de là une hémorragie plus ou moins grave ; des débris membraneux ou placentaires sont souvent retenus.

D'autres praticiens emploient l'expression utérine, non pas 15 à 20 minutes après la sortie de l'enfant, mais au bout de peu d'instant, sans même attendre les contractions qui doivent décoller le placenta. Ce sont des disciples trop zélés de Crédé ; ils prétendent que cet

auteur a conseillé d'exprimer le placenta « *immédiatement après la sortie de l'enfant* ». Or, Crédé n'a jamais rien dit de semblable ; il attend les contractions consécutives, recommande d'abord de simples frictions et n'arrive à l'expression qu'après quelques minutes.

L'expérience a démontré qu'en ayant trop tôt recours à l'expression, on s'expose à contusionner l'utérus, on fait souffrir la femme, on a souvent des inflammations consécutives, de l'inertie, des hémorragies, de la rétention de débris placentaires ou membraneux.

L'expression pratiquée après 15 à 20 minutes, lorsque le placenta est décollé en tout ou en partie, ne présente pas d'inconvénient et réussit dans la grande majorité des cas.

2. Les tractions sur le cordon ont donné lieu à bien des abus, à bien des accidents ; Hippocrate recommandait les tractions lentes et graduées ; pour cela, il ne détachait pas l'enfant du cordon et le déposait sur une outre remplie d'eau ; de petites ouvertures permettaient un léger écoulement du liquide, de sorte que le placenta était tiré peu à peu à l'extérieur.

De nos jours, on a préconisé un procédé presque aussi singulier. On conseillait de faire des tractions avec la main gauche, en ayant soin de presser sur le cordon d'avant en arrière avec deux doigts de la main droite introduits dans le vagin : c'était une *poulie de renvoi* ayant pour but de tirer selon l'axe de l'utérus. De cette façon, les deux mains étaient occupées et l'on surveillait mal la matrice, puisqu'il fallait pour cela interrompre la manœuvre. Du reste, cette poulie de renvoi est absolument inutile ; il suffit de redresser l'organe d'une main et de tirer en bas et en arrière avec l'autre.

Certains praticiens tirent trop tôt ou trop fort, alors que le placenta est encore adhérent. Si la matrice n'est pas bien rétractée, un renversement est inévitable ; dans le cas contraire, le cordon se laisse aller peu à peu et se déchire.

Cette déchirure est facile lorsque le cordon est grêle, peu résistant (dans les accouchements avant terme, par exemple) ; lorsqu'il est putréfié, divisé, inséré sur les membranes (insertion vélamenteuse). On reconnaît que cette déchirure est imminente, à une sensation spéciale de craquement. Il faut alors s'arrêter immédiatement, parce que cet accident fait un déplorable effet sur les assistants qui accusent le praticien de maladresse ou de brutalité ; de plus, ce qui reste du cordon est toujours utile pour guider la main, si la délivrance artificielle devient nécessaire.

Cette rupture du cordon n'est cependant pas bien sérieuse ; l'expression utérine permet de se passer de cette tige, et si la main doit aller décoller le placenta, elle le reconnaît sans peine à la saillie qu'il fait, aux ramifications des vaisseaux ombilicaux, à sa surface plus lisse et plus glissante que la paroi utérine, à son insensibilité.

Les tractions intempestives sur le cordon peuvent amener le renversement de l'utérus et la déchirure de la tige ombilicale ; elles agacent la matrice et sont souvent la cause de contractions irrégulières, spasmodiques (enchatonnement du placenta, hour glass) ; elles sont douloureuses et n'aboutissent fréquemment qu'à faire descendre une partie du délivre, tandis que l'autre reste adhérente ; de là, rétention de débris placentaires ou membraneux. L'inertie, l'hémorragie, les inflammations puerpérales ne sont pas rares dans ces conditions.

Les tractions sur le cordon ne présentent pas de danger lorsque le placenta est complètement décollé ; elles doivent toujours être modérées, prudentes ; il n'est permis de tirer sur le cordon que si la matrice est parfaitement rétractée et dure. Lorsque l'organe est mou, il faut commencer par le faire contracter en le frictionnant largement avec la main ; ces frictions devront être faites avec précaution pour ne pas amener une inversion des parois. Pendant qu'une main tire sur le cordon, l'autre doit rester appliquée sur le fond de l'utérus, suivre la rétraction du viscère, surveiller sa consistance, sa forme ; elle peut au besoin faire l'expression.

3. Il est bien utile de savoir si le placenta est complètement décollé, puisqu'alors les tractions sur le cordon sont absolument sans danger.

On peut croire que ce décollement existe, lorsque l'enfant est sorti depuis 10 à 15 minutes, qu'il y a eu 3 ou 4 nouvelles contractions énergiques, que la matrice est bien revenue sur elle-même ou a pris la forme cylindrique de la figure 128.

C'est surtout l'état de l'utérus qui doit servir de guide, car s'il y a inertie plus ou moins prononcée, le temps écoulé depuis l'accouchement n'a pas de valeur.

Beaucoup de praticiens introduisent un ou deux doigts dans le vagin, pour aller s'assurer que le gâteau est tombé sur le col ou engagé dans l'orifice cervical ; mais une portion du délivre peut être déjà dans le vagin alors que la portion supérieure est encore adhérente. (*Voir plus loin fig. 129 et 130*).

Dans tous les cas, il ne faut tirer sur le cordon qu'avec précaution et voir s'il ne remonte pas après. S'il existe du doute sur le décollement complet du placenta, il vaut mieux attendre. Au surplus, plutôt que d'exercer de violentes tractions, il est bien préférable de recourir à l'expression utérine ou même à l'introduction complète de la main dans la matrice.

4. Il faut toujours éviter que le délivre n'arrive brusquement à l'extérieur, comme cela se présente spécialement lorsque l'on fait l'expression utérine sans précaution, avec trop de vigueur ou bien quand la main n'est pas à la vulve pour recevoir le gâteau. Dans ces conditions, les membranes non roulées en corde se déchirent