

souvent et des débris sont retenus dans l'utérus, où il n'est pas facile d'aller les détacher.

Parfois les membranes sont bien enroulées en bas, tandis que la partie supérieure est encore adhérente; on introduit deux doigts, ainsi que nous l'avons dit, mais on sent que la corde n'est pas solide, qu'elle se déchire. Il ne faut pas alors continuer à tirer, il faut pousser les doigts plus haut et aller fort doucement saisir les débris dans le col ou même dans la cavité utérine. Cette manœuvre exige beaucoup de prudence; il ne faut pas vouloir aller trop vite, il faut savoir un peu attendre; parfois on se trouve bien de faire encore quelques tours au placenta ou de frictionner un peu fortement l'utérus et de pratiquer une nouvelle expression dans le but de détacher la partie encore adhérente des membranes.

M. Tarnier a conseillé, lorsque la partie supérieure des membranes tient encore à l'utérus après l'expulsion du placenta, de placer une ligature sur la partie inférieure de la corde membraneuse et de couper celle-ci en dessous, de façon à pouvoir éloigner le gâteau; de temps en temps, on tire doucement pour voir si le décollement ne s'est pas produit; les membranes restées adhérentes sont ainsi extraites complètement, « quelques heures ou quelques jours plus tard ».

5° Si l'on constate, en examinant le placenta, qu'un morceau est resté dans l'utérus, il faut sans hésiter et sans attendre un instant, introduire toute la main pour aller le décoller et l'amener au dehors. Il est nécessaire d'agir immédiatement, car d'une minute à l'autre, le col peut se refermer ou la matrice se resserrer tellement que l'entrée des doigts devienne impossible.

Si c'est un fragment de membrane, il faut agir de même; mais alors on a beaucoup moins de chance de réussir, car s'il est complètement collé sur l'utérus et qu'on n'ait pas un lambeau pour guider les doigts, il n'y a pas moyen de le reconnaître et l'on est forcé de l'abandonner.

La rétention de débris placentaires est dangereuse et d'autant plus qu'ils sont plus volumineux. La rétention de débris membraneux est moins grave; ils sont ordinairement expulsés avec des caillots dans les premiers jours des couches. Souvent les lochies sont fétides, la septicémie est à craindre. L'expulsion est en général accompagnée de tranchées utérines vives et d'une hémorragie plus ou moins abondante.

Dans tous ces cas de rétention, il faut recourir sans tarder au curettage ou bien assurer une rétraction parfaite de l'utérus au moyen du seigle ergoté et pratiquer des injections antiseptiques fréquentes.

6. Nous venons de recommander le seigle ergoté dans la rétention de débris placentaires ou membraneux; mais il faut remarquer qu'avant d'en arriver à l'emploi de cet ocytocique, il est nécessaire de chercher par tous les moyens à débarrasser complètement

l'utérus: ce n'est qu'un pis aller, auquel on a recours en désespoir de cause et seulement quand il n'y a plus que quelques débris, impossibles à enlever avec les doigts ou la curette.

Jamais il n'est permis d'administrer le seigle ergoté pour faire sortir le placenta après l'accouchement. En donnant ce médicament, on provoquerait des contractions irrégulières, spasmodiques et l'on aurait une incarceration invincible du délivre. On rendrait donc impossible la délivrance artificielle et l'on s'exposerait à tous les accidents graves et souvent mortels de la rétention complète du placenta.

La règle précise, formelle, est la suivante: lorsque l'on a essayé en vain les tractions sur le cordon, l'expression utérine, l'injection intra-utérine, au bout d'une heure en moyenne, on introduit la main dans la matrice et l'on va décoller le gâteau, qu'on amène ensuite à l'extérieur. S'il reste quelques débris, c'est encore à l'introduction de la main qu'il faut avoir recours pour en débarrasser la femme.

Dans ce dernier cas seulement, s'il n'y a pas moyen d'enlever les débris avec les doigts et si l'on ne croit pas pouvoir recourir à la curette, on prescrit l'ergot, non pour les faire sortir, mais: 1° pour prévenir l'hémorragie qui peut se présenter inopinément; 2° pour amener une forte rétraction de la matrice, qui s'oppose à la septicémie.

Nous avons tenu à bien préciser les conditions, très exceptionnelles du reste, dans lesquelles le seigle ergoté est indiqué, à cause des abus nombreux auxquels ce médicament a conduit et des accidents graves qui ont été la conséquence de son administration intempestive. Entre des mains imprudentes, il est plus dangereux qu'utile et mieux vaut le condamner absolument, comme certains auteurs, que de s'en servir à tort et à travers.

7. Certains praticiens font pousser la femme pour faire sortir le placenta. Nous avons vu des médecins et souvent des sages-femmes faire souffler l'accouchée dans sa main fermée, l'engager à jouer de la trompette, comme disent quelques-uns. Cette manière de faire est inutile et dangereuse. Inutile, car les efforts de la femme ne peuvent avoir aucun effet pour décoller le placenta, et si celui-ci n'est plus adhérent, une légère traction sur le cordon suffit pour l'amener à l'extérieur. Dangereuse, car ses efforts font descendre l'utérus et, si cet organe est inerte, la pression des intestins peut amener son renversement.

Non seulement nous n'engageons pas la femme à pousser, mais nous lui recommandons formellement de s'abstenir de tout effort.

8. En présence des inconvénients possibles d'une intervention parfois maladroite et des accidents provoqués par des manœuvres souvent intempestives, brutales, quelques accoucheurs pensent que l'abstention est préférable et ils recommandent l'expectation.

Cette méthode consiste à laisser l'utérus expulser le placenta et les

membranes, sans aucune espèce d'aide artificielle, à moins qu'une hémorragie ou un autre accident ne réclame l'extraction du délivre. Elle a été recommandée par des accoucheurs éminents, tels que Ruysch, Smellie, Duncan, Hunter. Ruysch prétendait que le placenta était entouré d'un véritable muscle (*musculus contrusor placentæ*), chargé de le décoller et de l'expulser; confiant dans ce muscle, ce praticien attendait tout de la nature et fit des accouchements pendant 50 ans sans jamais introduire la main dans l'utérus : ce fait prouve qu'avec de la patience, la délivrance peut se terminer seule, mais ne démontre pas qu'une autre manière de faire n'est pas préférable; il indique aussi une chance exceptionnelle, car dans certains cas, l'intervention est absolument nécessaire.

Depuis quelques années, l'expectation a de nouveau été préconisée, surtout en Allemagne : c'est une réaction contre l'expression utérine immédiate.

Ahlfeld et Teuffel attendent une heure; Hildebrandt et Dohnr deux heures; Kabierske, Starke, Cranz, etc., rapportent des cas où la délivrance a été suspendue de 4 à 5 jours sans inconvénient. Il faut éviter les exagérations dans l'un ou l'autre sens. Le retard dans la délivrance a des inconvénients et des dangers : 1° il oblige la femme à rester plus longtemps sur le lit de travail; 2° l'accouchée est sous l'influence de la crainte d'un phénomène qui tarde à s'accomplir et cette crainte exerce une influence fâcheuse sur son état général et sur la contractilité de l'utérus; 3° la présence du placenta sur le col empêche l'écoulement du sang et rend possible une hémorragie interne; 4° il n'est pas permis au praticien de quitter la patiente, puisque son intervention peut être nécessaire d'un moment à l'autre; de là grande perte de temps pour lui; 5° au bout d'une heure ou deux, le col se referme et si l'on doit introduire la main, la manœuvre est beaucoup plus difficile et dangereuse; elle peut même devenir impossible; 6° au bout de quelques heures, 12 à 15 heures en général, la putréfaction s'empare du placenta; il faut donc des soins antiseptiques nombreux, sinon la septicémie éclate.

En résumé donc, on doit s'en tenir à la méthode que nous avons décrite.

Dans la Thèse citée précédemment, M. Tournay a consciencieusement étudié à nouveau la question de la délivrance et nous sommes heureux de pouvoir, grâce à son obligeance, ajouter ici quelques figures instructives.

M. Tournay adopte, comme le plus fréquent, le mécanisme indiqué par Baudeloque et Schultze pour le décollement du placenta : le gâteau se détache, s'invagine et vient se présenter sur le col par sa face foetale; une certaine quantité de sang s'épanche et aide à la séparation. Le placenta s'enroule de haut en bas. Il considère comme beaucoup plus rare le mécanisme décrit par Duncan de l'enroulement du délivre dans le sens transversal, avec plis longitudinaux,

de façon que le gâteau se présente au col par son bord inférieur. Il résulte, en effet, des observations recueillies par MM. Pinard, Ribémont, Cohn et Tournay, que sur 727 cas le placenta s'est présenté 517 fois par sa face foetale, 204 fois par son bord et seulement 6 fois par sa face utérine.

D'après Duncan, il ne doit pas s'écouler de sang pendant la délivrance naturelle, ce qui est facile à comprendre si le mécanisme qu'il décrit s'exécute ponctuellement.

M. Tournay attire l'attention sur le fait signalé par Ahlfeld du changement de forme subi par l'utérus pendant la délivrance spontanée, abandonnée à elle-même (sans frictions sur l'utérus ni tractions sur le cordon).

Les trois figures schématiques suivantes indiquent parfaitement ce qui se passe, d'après ces auteurs, pendant et après le décollement du gâteau.

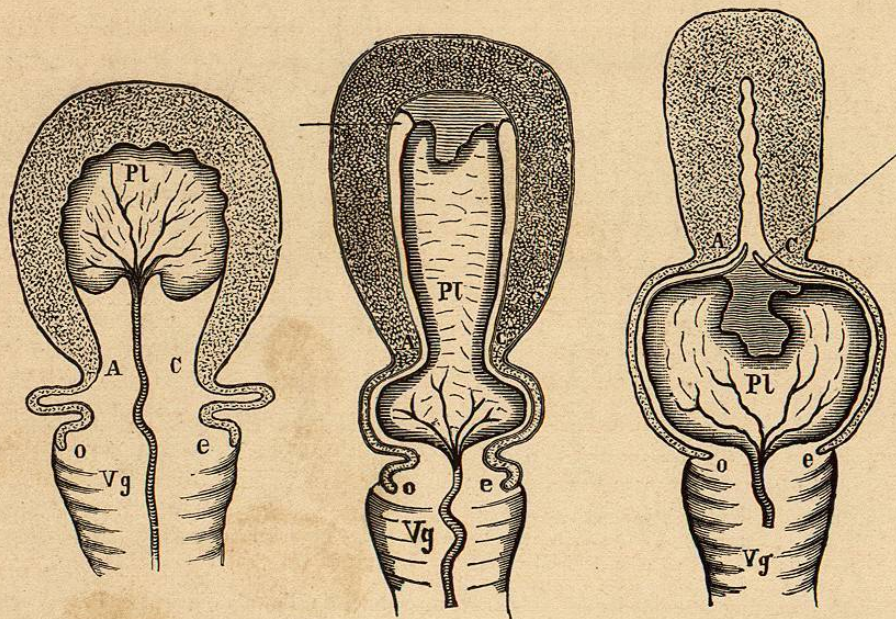


Fig. 126. — Aspect de l'organe immédiatement après la sortie de l'enfant.

Fig. 127. — Aspect de l'organe après 2 ou 3 contractions consécutives.

Fig. 128. — Aspect de l'organe quand le placenta décollé vient distendre le segment inférieur.

Le placenta pénètre dans le segment inférieur (qui est froncé après l'expulsion de l'enfant, distend les plis formés par ses parois minces et *refoule ainsi le corps utérin en haut*; en même temps, les parois utérines se rapprochent et *l'organe se rétrécit dans le sens transversal*. Donc, lorsque le placenta est décollé, le diamètre longitudinal de la matrice augmente, pendant que le transverse diminue : l'organe s'allonge, devient cylindrique (de sphérique qu'il était auparavant).

Ce serait, d'après ces auteurs, le meilleur signe du décollement du délivre. Voici les résultats qu'ont donnés les recherches de M. Tournay sur 200 cas : Immédiatement après la sortie de l'enfant, le fond de l'utérus est situé à

14 centimètres en moyenne au-dessus du pubis; sa largeur au niveau de l'insertion des ligaments ronds mesure 13 1/2 centimètres en moyenne.

Après l'expulsion du placenta à travers l'anneau de contraction, le fond est situé à 19 centimètres en moyenne; la largeur mesure 10 centimètres.

L'ascension de l'utérus est donc de 5 centimètres en moyenne et la diminution de son diamètre transversal est de 3 1/2 centimètres.

Quand le décollement se fait par le bord, au lieu de se produire par le centre, on a les schémas suivants :

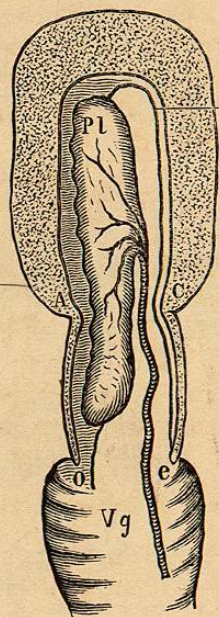


Fig. 129. — Membranes décollées en bas vers O. Du sang s'écoule avant la sortie du placenta.

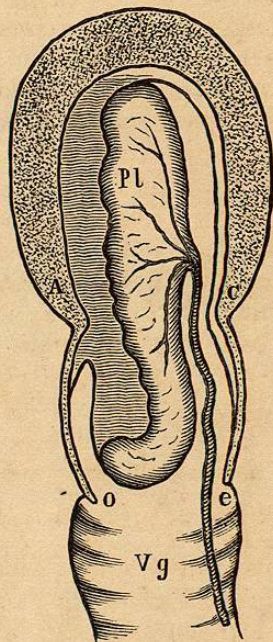


Fig. 130. — Les membranes sont restées adhérentes. Le sang ne sort qu'après l'issue du délivre.

M. Tournay a trouvé que la durée moyenne de l'intervalle entre l'expulsion du fœtus et la sortie spontanée du placenta varie de 15 à 25 minutes. Il n'est partisan ni des tractions sur le cordon ni de l'expression utérine. Il préconise largement l'expectation. Il se rallie au procédé d'Ahlfeld qui consiste, dès que le placenta a quitté le corps utérin, à exercer une pression légère, mais soutenue, sur le fond de la matrice avec la paume de la main placée transversalement.

Nous avons constaté l'exactitude de ces descriptions; mais si l'on frictionne l'utérus, ce qui paraît assez sage et ne présente pas d'inconvénient, la matrice ne s'allonge pas, reste sphérique et son fond ne dépasse pas l'ombilic.

Délivrance dans la grossesse gémellaire.

Il faut toujours, en cas de jumeaux, placer une double ligature sur le cordon, car les rapports vasculaires qui existent souvent

entre les placentas permettraient une hémorragie fœtale par le bout placentaire du premier cordon.

On ne doit pas tirer sur le premier cordon; il faut attendre que le second enfant soit sorti, avant d'entreprendre la délivrance. Cependant dans quelques cas exceptionnels, les deux placentas sont complètement séparés et le premier descend dans le col avant le second enfant; il est alors indiqué de tirer légèrement sur le cordon pour entraîner le premier placenta.

En dehors de ces circonstances fort rares, indiquées par le toucher, on ne s'occupe de la délivrance que 10 ou 15 minutes après la naissance du second enfant.

Mais sur quel cordon tirer? Suivant P. Dubois et Depaul, on commencera par tirer sur celui qui provient du second jumeau, parce que c'est lui qui, généralement, descend le premier; si on trouve quelque résistance, on essaie sur l'autre. Il est préférable d'introduire deux doigts pour constater quelle est la partie placentaire la plus proche du col et de tirer sur le cordon qui s'attache à cette partie. En tous cas, il ne faut jamais tirer sur les deux cordons à la fois, car toute la masse placentaire très volumineuse arriverait de front sur le col et passerait difficilement.

Ce qu'il y a de mieux, c'est d'avoir recours à l'expression utérine au bout de 10 à 15 minutes; de cette façon, la masse se moule, s'engage par un de ses bords et descend sans difficulté.

SOINS A DONNER APRÈS LA SORTIE DE L'ENFANT.

Les deux êtres sont désormais séparés et l'on doit s'occuper séparément de l'un et de l'autre. Lorsqu'il y a un médecin et une sage-femme, généralement le premier reste près de l'accouchée, tandis que la seconde donne ses soins au nouveau-né. Cela se fait ainsi lorsque l'enfant est bien portant, parce que les menus soins qui lui sont nécessaires rentrent mieux dans les attributions de la femme que de l'homme. Cependant il est toujours du devoir du médecin d'examiner l'enfant pour constater s'il est bien conformé et de s'assurer que toutes les précautions sont prises par la garde.

Lorsque l'enfant est en état de mort apparente, le médecin doit d'abord le rappeler à la vie, à moins que sa présence soit absolument indispensable près de l'accouchée ou qu'il ait une grande confiance dans l'adresse et l'expérience de la sage-femme. Mais dans la plupart des accouchements, la sage-femme est seule et doit veiller à tout, ce qui n'est pas toujours aisé. Comme c'est le cas le plus difficile, c'est celui que nous supposons; lorsqu'il y aura un médecin et une sage-femme, ils n'auront qu'à se partager la besogne.

L'enfant sorti est couché sur le dos, la tête éloignée de la vulve, l'abdomen rapproché des parties génitales. Cette position a pour