

main que vous insinuez entre l'utérus et les cotylédons, à la façon d'un coupe-papier qu'on glisse entre les feuillets d'un livre. On a dit le procédé impraticable : je puis vous assurer que, dans un assez grand nombre de cas, lorsque les adhérences ne sont pas trop fortes, lorsque le placenta est en rapport avec la face postérieure ou avec la face antérieure de l'utérus, il est possible et même facile de le mettre à exécution.

Si c'est la main droite qui a été introduite et si le placenta occupe la face postérieure de l'utérus ou le décolle à l'aide du bord cubital qu'on dirige de gauche à droite, en détachant successivement les cotylédons sur toute la hauteur de la paroi. Quand le placenta est au contraire inséré sur la face antérieure, on peut tenter de le détacher avec le bord radial de l'index. Si c'est la main gauche qui se trouve dans l'intérieur de l'organe, on avance de droite à gauche.

Lorsque le placenta occupe le fond de l'utérus, ce n'est plus avec le bord de la main qu'il faut agir, mais avec l'extrémité des doigts rapprochés les uns des autres et recourbés en crochet ; on procède comme si on voulait séparer l'écorce d'une orange. On commence en arrière par la partie adhérente à la paroi postéro-supérieure, on chemine de bas en haut et on décolle progressivement, en allant d'un côté à l'autre, tout ce qui adhère au fond, puis en continuant de haut en bas, on détache tout ce qui est resté en contact avec la paroi antérieure de l'utérus.

Comme il arrive souvent que le placenta est appliqué simultanément sur le fond et sur une des parois, on peut, pour la même délivrance, recourir successivement à ces deux procédés.

Une fois la main introduite dans l'utérus, il ne faut, autant que possible, la retirer qu'après s'être assuré que le décollement a été complètement opéré, qu'il ne reste plus aucun cotylédon adhérent.

On ne doit pas se hâter d'entraîner l'arrière-fait au dehors : il faut attendre que la main soit pour ainsi dire chassée par une contraction. Tant que l'avant-bras est dans la cavité cervicale, il fait tampon et on n'a pas à craindre d'hémorragie ; de plus, la présence de la main excite le retour des contractions. Si, au contraire, on retirait le placenta trop vite, l'utérus pourrait être en état d'inertie et les sinus, largement ouverts, laisser couler une notable quantité de sang.

Dès que l'arrière-fait est extrait, on s'assure qu'il est complet : on examine avec soin la masse qui a été amenée au dehors. S'il reste des cotylédons ou de grands lambeaux de membranes dans la cavité utérine, il faut réintroduire la main et les enlever.

Pour terminer l'opération, on fait une injection intra utérino abondante avec un liquide antiseptique, une solution de sublimé à 1 p. 2.000 par exemple, dont la température est de 45 à 50 degrés centigrades. On assure de cette façon l'asepsie de la cavité utérine et le retrait des parois musculaires.