

la main que l'on passe entre le bord de l'utérus et le placenta qui sert de couteau à papier, en allant de gauche à droite, et sépare le dit placenta. Si, au contraire, le placenta est inséré sur la face antérieure de l'utérus, c'est avec le bord radial de la main et en allant de gauche à droite que l'on procède à la séparation. Pour la main gauche le principe est le même, seulement on procède en sens inverse. Si le placenta est inséré dans le fond de l'utérus, on ne peut plus opérer le détachement avec le bord de la main; mais on arrive au même résultat avec l'extrémité des doigts réunis et recourbés en crochet. On opère comme on le fait lorsqu'on veut séparer l'écorce d'une orange."

Lorsque le placenta est ainsi détaché, l'auteur recommande de s'assurer que la cavité utérine est libre en la parcourant dans toute son étendue et ne retirer sa main que lorsqu'on se sera assuré de la rétraction de l'utérus. Il faudra examiner attentivement le placenta pour s'assurer qu'il est complet. On procède alors à un grand lavage au sublimé à 1 p. 4000, ensuite à 1 p. 8000 suivi d'une irrigation à l'eau boricuée chaude. Dans d'autres cas plus difficiles, on ne peut pas détacher le placenta, soit à cause de ses adhérences trop fortes, soit à cause de la fermeture du col; il ne faut pas hésiter à faire la dilatation sous le chloroforme.

L'auteur se prononce contre l'emploi de la curette qui peut déchirer l'utérus, il vaut mieux, avec la main introduite dans l'utérus, procéder à la lacération des cotylédons, les déchirer autant que possible et faire ensuite des lavages très soigneux de l'utérus.

Il faudra éviter l'erreur de prendre pour un cotylédon la surface rugueuse de l'utérus à l'insertion du placenta, ou un fibrôme, etc. Si le placenta a subi un commencement d'injection, l'auteur conseille de faire de grands lavages intra-utérins, faire suivre d'un écouvillonnage avec vaseline créosotée et procéder au tamponnement avec la gaze iodoformée.

Suivant l'auteur le pronostic de la délivrance artificielle est bon depuis la période antiseptique. Sur les 39 cas observés par lui, une seule est morte subitement par embolie gazeuse à la suite de pénétration d'air dans les veines. "Néanmoins, dit l'auteur, on doit toujours faire des réserves et ne rien négliger pour se mettre dans les conditions les plus favorables de réussite."

J.-A. LESAGE.

Déchirure du périnée, par le professeur BUDIN, dans *Journal des Sages-femmes*, 1er mai 1901.

Après une description des organes externes l'auteur se demande quelle est la conduite à tenir lorsqu'il y a déchirure incomplète ou complète du périnée?

Dans tout accouchement il faut toujours procéder à l'examen du périnée. Si la déchirure n'intéresse que le dernier, c'est peu grave, mais si le sphincter anal et la paroi vaginale sont intéressés, la chose est plus sérieuse.

Autrefois on laissait la réunion se faire seule, mais aujourd'hui les choses se passent autrement. Si la déchirure intéresse la périnée sur une étendue de un à deux centimètres, Budin conseille le serres-fines qui amènent une réunion complète après deux ou trois jours. Si la déchirure est plus étendue, il faut alors faire la suture ou le périnéorrhaphie.