

Placenta Previa.--- Version Externe

Nous croyons que tous les moyens, qui sont étayés sur le succès, dans des cas aussi difficiles, et aussi dangereux pour la vie de la mère comme pour celle de l'enfant, que le sont les présentations du placenta, doivent être mis sous les yeux de la profession, certains que nous sommes, que quelque soit l'expérience de l'accoucheur, ils lui seront toujours de quelque utilité. Les présentations du placenta *centre pour centre*, heureusement fort rares, revêtent presque toujours un caractère mortel, soit pour la mère, soit pour l'enfant, et quelquefois pour les deux en même temps. Aussi la position de l'accoucheur dans ces cas est-elle critique, et exige en outre du sang-froid, la connaissance de moyens quelqu'ils soient pour favoriser le travail, hâter la délivrance et sauver sinon la vie de l'un, du moins celle de l'autre. Nous citons du *Medical Times and Gazette*, de Londres, le cas suivant par M. Thomas Page :

“ Dernièrement je fus appelé en consultation par un de mes amis pour voir un madame A*** dans un état de grossesse avancé de sept mois. Le jour précédent mon arrivée elle avait eu une hémorrhagie subite, qui a duré, et cela avec peu ou point de contractions de l'utérus, jusqu'à l'heure où je la vis; à l'examen j'ai trouvé l'os utérin très élevé, dilaté à peu près de la grandeur d'un florin, et complètement recouvert par le placenta. Il m'a été impossible de diagnostiquer la partie de l'enfant qui se présentait. Mais en introduisant deux doigts de la main gauche, j'ai reconnu la tête en avant, et en faisant un examen abdominal ou externe, mon ami et moi avons cru reconnaître les fesses sur le côté gauche, de sorte que nous en sommes venus à la conclusion qu'il s'agissait d'un cas de première position. L'utérus étant très élevé, j'ai introduit la main gauche dans le vagin, ensuite avec deux doigts introduits dans le col j'ai détaché le placenta en avant. J'ai su alors atteindre le front de l'enfant que j'ai poussé en haut et en avant en même

temps avec la main droite poussant les fesses du côté droit. Aussitôt j'ai senti la tête s'élever dans l'utérus, et après un certain temps de manipulation, sur les fesses, j'ai senti la tête en haut du pubis par l'extérieur. Alors avec la main droite, j'ai poussé, (toujours au moyen de manipulations), la tête en haut et bientôt j'ai touché au pied. J'ai essayé de rompre ensuite les membranes, mais elles étaient tellement flasques à cause du défaut de contraction utérines que je n'ai pas pu réussir, mais il m'a été possible de saisir le pied, et de l'amener à peu près deux pouces dans le vagin, sans rompre les membranes. J'ai pu alors déchirer la poche anniotique et amener le pied à l'orifice du vagin. De ce moment nous avons exercé des tractions suffisantes sur le pied pour tenir les fesses fermement appliquées sur le col utérin : n'ayant plus maintenant d'hémorrhagie, et les contractions utérines ne se manifestant pas, nous administrames une dose de Seigle ergoté et attendîmes les contractions. Elles survinrent bientôt et l'enfant fut expulsé à peu près une heure après la version, le liquide anniotique ne s'étant pas échappé jusqu'à ce que la tête fut entrée dans le vagin. Il n'y a pas eu d'autre hémorrhagie et le placenta est venu sans difficulté, la femme est en bonne convalescence et l'enfant après quelques efforts de respiration a succombé à peu près une heure après la naissance.

OBSTETRIQUE.

Conseils sur la délivrance dans les cas d'avortement.

L'avortement n'est pas seulement grave par les hémorrhagies qui l'accompagnent, il est grave aussi par la retention du placenta qui en est une conséquence assez commune ; et c'est cette circonstance, qui, comme l'a fait remarquer très judicieusement M. Cazeau, rend plus dangereux les avortements à trois