

quant le toucher, on constata que la tête avait suivi le ballon et était profondément engagée. Dix minutes après, l'accouchement se terminait par l'expulsion spontanée d'un enfant du sexe masculin pesant 3250 grammes, aujourd'hui très bien portant et nourri par sa mère.

Voilà l'histoire très intéressante de notre parturiente ; tirons-en maintenant les déductions théoriques et pratiques qu'elle comporte.

Disons tout d'abord que l'insertion vicieuse du placenta, qui produit l'hémorragie, s'observe souvent et surtout chez les grandes multipares. C'est là un fait d'expérience constaté depuis longtemps par tous les accoucheurs ; nous n'avons pas à y insister. De plus, l'hémorragie est survenue à la fin de la grossesse ; c'est encore la règle chez les multipares ayant eu beaucoup d'enfants ; chez les primipares, ces accidents surviennent beaucoup plus tôt. Enfin, les deux hémorragies des 5 et 7 décembre se sont manifestées insidieusement et arrêtées d'elles-mêmes. Jusque là, rien de nouveau ; c'est la confirmation de ce que nous savons déjà depuis longtemps.

Un premier point à discuter est la *sensation des cotylédons placentaires* ressentie par Mlle Roze, lorsqu'elle a pratiqué le toucher la première fois. Y avait-il là une insertion centre pour centre, comme on pourrait l'admettre, et comme d'ailleurs quelques accoucheurs l'admettent aujourd'hui ? Je n'ai jamais, pour ma part, rencontré ce mode d'insertion, et, dans le cas actuel, je ne l'admets pas davantage. En effet, le palper démontrait, d'une façon très nette, l'existence du placenta sur la paroi postérieure, car la tête, facile à sentir, était directement en contact avec la paroi utérine antérieure ; on percevait très bien, par le palper, la tête recouverte par la paroi utérine très mince et au niveau de laquelle il n'y avait pas trace de placenta. Si, pour déchirer les membranes, on avait, comme on a tendance à le faire, dirigé les doigts en arrière, on aurait transpercé le placenta. C'est ainsi que je m'explique ce soi-disant mode d'insertion centre pour centre si souvent observé ailleurs, d'après des placentas troués. Au lieu de cela qu'a-t-on fait ? On a ménagé la portion de placenta décollée et venue progressivement par glissement au niveau et en avant de l'orifice interne ; on a glissé deux doigts *en avant, derrière la symphyse* ; on est arrivé directement sur les membranes et on a pu les rompre sans produire aucun décollement nouveau du placenta.

Le deuxième point à discuter est celui-ci : *pourquoi ai-je conseillé l'expectation armée*, c'est-à-dire une étroite surveillance, des injections chaudes et rien de plus ? Parce que l'état général de la femme était bon et qu'il pouvait s'écouler un temps plus ou moins long avant l'apparition de nouveaux accidents. C'était donc autant