

Dans le cas où la délivrance artificielle est nécessitée par l'existence d'adhérences solides du placenta, les difficultés sont plus grandes. Nous avons dit qu'il fallait, autant que possible, faire pénétrer la main entre les membranes et la paroi utérine; lorsqu'il y a eu hémorragie, vous pouvez, comme je vous l'ai indiqué, suivre la même route que le sang, mais si l'arrière-faix ne s'est détaché nulle part, ce procédé n'est guère praticable : on pénètre alors directement dans l'œuf. Hildebrand conseille d'opérer le décollement en appuyant avec la pulpe des doigts sur la face fœtale de l'organe placentaire; la main appliquée à l'extérieur, sur l'utérus, facilite la contre-pression et on écarte ainsi la placenta. Spiegelberg déclare n'avoir réussi, par ce procédé, que dans les cas où les adhérences étaient lâches et la séparation facile. A l'époque où cette méthode a été conseillée, on voulait surtout, en laissant la main enveloppée dans les membranes, éviter de mettre des matières septiques en contact avec les sinus utérins; aujourd'hui, si on prend les précautions voulues, l'infection est beaucoup moins à redouter. La main recouverte par l'arrière-faix se rend du reste plus difficilement compte, avant de sortir, de l'état de la paroi utérine.

Si on a pénétré dans l'œuf, on essaie de déchirer les membranes au pourtour du placenta, afin de pouvoir aborder la surface utérine des cotylédons qu'on décolle soit avec le bord cubital, soit avec l'extrémité des doigts, comme je vous l'ai déjà indiqué. Si on échoue dans ces tentatives, on perfore le disque placentaire près de son centre, on introduit les doigts dans la boutonnière ainsi formée, on les recourbe et on les promène circulairement entre le placenta et l'utérus.

Parfois, les adhérences sont tellement intimes en certains points qu'on ne parvient pas à les rompre. On doit cependant s'efforcer d'enlever la plus grande partie possible du tissu placentaire; pour cela, on pétrit un à un les cotylédons entre le pouce, l'index et le médius; on effrite, on détache ainsi par parcelles le tissu des villosités jusqu'à ce qu'on soit arrivé près de la paroi utérine qu'on sent beaucoup plus ferme et beaucoup plus résistante.

On ne doit pas oublier qu'il existe normalement sur elle, au niveau du placenta, un relief qu'il faut éviter d'arracher. Je me souviens que, en 1876, un chef de service me montrait l'utérus d'une femme chez laquelle il avait pratiqué la délivrance artificielle pour une môle hydatiforme. Il regrettait de n'avoir pu enlever tout ce qu'il appelait le tissu pathologique; en réalité, il avait sculpté le tissu utérin lui-même avec l'extrémité de ses ongles.

En procédant comme nous l'avons dit, on parvient avec un peu de patience, à enlever la plus grande partie du placenta, il ne reste guère que quelques portions qui se détacheront pendant les suites de couches et qui, si l'antisepsie est rigoureusement faite,