

ner l'utérus, je dois dire que je n'y crois pas. Si j'admets que l'ergot est contraindiqué tant que l'utérus n'est pas vide, et j'y voudrais des exceptions—il ne peut être question de l'ergot, mais étant partisan de la temporisation armée avec la fétidité des lochies comme limite d'expectation—survenant une hémorrhagie, que faire ? Intervenir instrumentalement sur un col non dilaté, pratiquer des injections chaudes vaginales qui offrent une garantie plus ou moins problématique—pratiquer la méthode de Hœning qui n'a pas encore droit de cité en obstétrique ? J'emploierai simultanément quelques uns de ces moyens, mais je commencerai par l'ergot auquel je joindrai le tampon ment au besoin ; c'est ce que pratique et conseille Charpentier (*Cycl. of Obst. and Gyn.*, vol. 11, p. 340), et ce qu'endosse Grandin, son traducteur et commentateur, qui est pourtant un fervent disciple de la proposition de Pajot. Elle a donc des exceptions cette proposition—au moins pour quelques-uns.

Pourquoi employer l'ergot ? D'une part il est admis que le segment supérieur de l'utérus seul s'hypertrophie pendant la première moitié de la grossesse et acquiert avant l'inférieur la contractilité et l'élasticité, tandis que le segment inférieur ne se développe que pendant la seconde moitié. On en a la preuve dans ce qui se passe dans le cas de placenta prævia, alors que cet organe complètement développé et adhérent ne peut plus suivre l'ampliation du segment inférieur et se décolle à chaque tranchée, mais cette élasticité et cette rétractilité qu'acquiert le segment supérieur de l'utérus pendant la première moitié de la grossesse ne se manifestent que graduellement, c'est pour cela que les hémorrhagies de l'avortement sont si fréquentes et si abondantes—pour cela que l'ergot est un abortif de si faible valeur.

Or, supposez une hémorrhagie dans ces conditions, quel effet aura l'ergot ? Il contractera plus ou moins le muscle utérin suivant l'époque de l'avortement, aidant ainsi à décoller l'œuf, ou le placenta qui n'existe pas comme organe distinct avant trois mois, et diminuera ou arrêtera l'hémorrhagie, mais son effet hémostatique sera complété, ou effectué en entier par son action sur la circulation, vu qu'il ralentit les battements du cœur et diminue l'apport de sang dans l'utérus.

Le fait de voir se fermer le col sur le contenu de l'organe est-il constant ? Pas autant, je crois, que le prétendent certains médecins, et voici sur quoi je base ce doute : le segment supérieur de l'utérus beaucoup plus développé est proportionnellement plus fort, plus rétractile et contractile que le col et le segment inférieur qui ne se développent que pendant la seconde moitié de la grossesse.

Pour la même raison, la crainte de transformer une hémorrhagie externe en interne me laisse un peu incrédule, surtout en tenant compte du fait que la cavité utérine est tellement petite et sa dilatabilité si peu prononcée qu'il ne peut s'épancher dans