

s'accumule dans le vagin et dans la cavité du segment inférieur ; comme traitement ne vous contentez pas d'une simple injection chaude, ou de manœuvres de message utérin ; là encore pratiquez sans hésitation la revision manuelle de la cavité utérine : vous retirerez en général de gros caillots, souvent quelques débris cotylédonaires ou membraneux, et une fois que la vacuité utérine sera bien complète, l'hémorragie s'arrêtera définitivement et vous aurez la satisfaction de voir votre malade se remonter très rapidement.

III. *Hémorragies ayant leur origine en dehors de la plaie placentaire.*
—La plupart résultent d'une lésion traumatique des voies génitales ; elles méritent d'être étudiées ici, car c'est pendant la période de la délivrance qu'elles se manifestent et que vous aurez à les diagnostiquer et à les traiter. Celles qui sont dues à une plaie superficielle attireront votre attention et seront reconnues facilement souvent même avant la délivrance par la simple inspection de la vulve entr'ouverte. Il n'en sera pas toujours de même pour celles qui ont comme origine une plaie profonde du vagin ou du col ; vous ne les diagnostiquerez souvent que lorsqu'après avoir cru à une hémorragie placentaire banale avoir parfois pratiqué pour cela la délivrance artificielle, vous constaterez que malgré la vacuité certaine de l'utérus, malgré sa contraction indéniable, l'hémorragie continue avec la même abondance et la même régularité.

Dans tous ces cas recherchez d'abord soigneusement d'où vient le sang ; inspectez successivement la vulve surtout la région vestibulaire, par l'examen direct ; le vagin, le col et le segment inférieur au moyen du toucher d'abord, puis de la vue en vous aidant de valves, de pinces tire col, et d'un bon éclairage. En présence d'une hémorragie importante ne craignez pas de pratiquer un examen très complet, cela facilitera du reste singulièrement votre traitement qui doit consister toutes les fois que c'est possible dans la suture de la plaie bien mise en évidence.

Cette suture est en effet le seul traitement vraiment logique qui mettra la malade à l'abri de tout danger immédiat (hémorragie) ou tardif (infection) : avec un peu de patience, et un outillage approprié elle est réalisable dans la majorité des cas.

Les hémorragies *vestibulaires* saignent beaucoup à cause de leur voisinage avec les racines du clitoris, elles résistent au tamponnement, mais sont faciles à suturer : la seule précaution à prendre est d'éviter la blessure de l'urètre que vous pourrez au besoin repérer avec une sonde.

Les plaies de la *partie basse du vagin* se confondent en général avec les plaies du périné, et leur traitement est réalisé par les sutures suivant la technique habituelle.

Les déchirures profondes des *culs-de-sac vaginaux* et *celles du col* sont plus difficilement accessibles ; on peut pourtant en général parvenir à les atteindre et à les suturer en s'aidant de valves, de pinces à abaissement, d'aiguilles à pédale, et surtout d'un bon éclairage. Ce n'est que dans les cas où il y aura réellement impossibilité de faire mieux, que vous vous résoudrez à utiliser comme traitement le *tamponnement*. Celui-ci doit être évidemment très aseptique et très serré et pour cela il doit occuper toute la cavité utérine et toute la cavité vaginale. Il n'a donc rien de commun avec les tamponnements que l'on voit journalièrement et qui sont constitués par