

rieur ; si elle est retardée, il y a hémorragie ; si elle se fait bien, l'écoulement cesse. L'obstacle à la rétraction est dû à l'adhérence partielle du placenta. Si on détache cette adhérence, la rétraction se produit. L'hémorragie cesse dès que le segment inférieur est libéré. Ce sont des faits d'observation directe que tous les auteurs pourraient observer s'ils ne recourraient pas à l'accouchement forcé. Barnes pense que l'on doit attribuer l'hémorragie à ce que le placenta croît plus vite que le segment inférieur.

On ne peut démontrer ce mécanisme, mais seulement l'admettre par analogie, étant donné ce qui se passe dans la grossesse tubaire où le sac se rompt prématurément. L'insertion sur le segment inférieur est une insertion ectopique, la grossesse est dite ectopique.

Le traitement doit être le suivant. Quand le travail est imminent, l'orifice utérin encore fermé, hémorragie considérable, il faut rompre les membranes et appliquer le tampon.

Si l'orifice est suffisamment dilaté, rompre les membranes, si cela ne suffit pas, terminer l'accouchement le plus rapidement possible et sans violence. Avec une dilatation de 4 centimètres, si l'hémorragie a cessé malgré un décollement partiel du placenta, il ne faut pas intervenir. Dans la période critique, si le détachement total du placenta ou l'accouchement forcé sont dangereux ou impraticables, on introduit l'index dans l'orifice interne, on sépare toute la portion du placenta accessible qui adhère au segment inférieur, et si l'utérus se rétracte normalement, l'hémorragie cesse. On transforme par cette manœuvre un accouchement difficile compliqué de placenta praevia en accouchement normal, et on laisse à la nature le soin de le terminer.

Dans le cas où les contractions sont irrégulières, inefficaces, que le col utérin ne se dilate pas, on devra appliquer le ballon violon qui donne d'excellents résultats.

D'après Barnes, on devra donc recourir successivement à la rupture des membranes, au tamponnement, au décollement du placenta, et enfin au ballon violon.—*Abbeille médicale.*

Tamponnement intra-utérin, par le Dr. AUVARD.—Ce procédé, pour combattre les hémorragies graves ayant résisté aux moyens ordinaires, a été employé pour la première fois par Leroux ; mais la méthode ne date réellement que des travaux récents de Durhssen, Auvard, Fraipont (de Liège).

Pour pratiquer ce tamponnement, il faut deux pinces à griffe, une longue pince à pansement, et des bandes de gaze iodoformée à 50 %, mesurant près de 5 mètres et de 10 à 12 cent. de large. Une seule suffit d'habitude pour tamponner l'utérus et même le vagin ; mais il est bon d'en avoir deux à sa disposition.

Le manuel opératoire diffère, suivant qu'il s'agit d'une hémorragie grave ou de moyenne intensité. En cas d'hémorragie