

La délivrance artificielle manuelle, nous dirions plus volontiers la révision manuelle de la cavité utérine, est, ne l'oubliez pas, le mode de traitement héroïque de toutes les hémorragies de la délivrance. Il ne faut pas, par crainte exagérée de l'infection, en restreindre trop l'utilisation; vous aurez avantage à l'employer comme il est classique de le faire lorsque la délivrance n'est pas faite; mais aussi dans tous les cas où elle est douteuse, et même, à notre avis, toutes les fois qu'une hémorragie ne s'arrête pas, et cela d'une façon bien complète par les moyens externes.

Votre main introduite dans la cavité utérine en retirera soit des débris cotylédonaire, soit des lambeaux de membranes, soit même de simples caillots dont l'expulsion fera cesser l'hémorragie; d'autres fois elle vous permettra de reconnaître dans une inversion utérine incomplète, ou dans la présence d'un fibrome sous-muqueux la cause de la persistance et de la gravité de l'hémorragie.

Dans les cas ordinaires lorsque l'expulsion bien complète du délivre n'arrête pas l'hémorragie, lorsqu'après avoir retiré votre main qui a pratiqué soigneusement la révision de la cavité, vous avez le désagrément de constater que l'hémorragie continue, c'est que vous avez à faire soit à une *inertie utérine grave*, soit à une *hémorragie ne venant pas de la zone placentaire*.

Dans le premier cas (absence de globe de sûreté) essayez de réveiller les contractions par un massage énergique du muscle utérin, par des injections intra-utérines à 45 degrés; si cela ne suffit pas, ne perdez pas votre temps, remettez votre poing dans l'utérus, ce sera le meilleur agent d'excitation, comprimez la totalité du muscle entre ce poing et votre autre main empoignant le fond de l'organe à travers le paroi abdominale; en même temps faites pratiquer une injection d'ergotine, vous le pouvez à ce moment, mais à ce moment là seulement, puisque vous êtes alors absolument certain de la vacuité utérine; si enfin l'inertie tend à reparaitre chaque fois que vous tentez de supprimer l'excitation intra-utérine manuelle, substituez à votre poing un tamponnement très serré de toute la cavité utérine et de toute la cavité vaginale.

Dans le second cas (persistance de l'hémorragie malgré la certitude de la vacuité utérine et de l'existence manifeste de contractions), nous verrons plus loin ce que vous aurez à faire.

II. *Hémorragies consécutives au décollement placentaire*. — Le tableau clinique habituel de ces hémorragies est le suivant: l'accouchement et la délivrance se sont passés sans incident, tout paraît d'abord aller parfaitement, et vous avez en somme tout lieu de vous montrer satisfait lorsque la malade commence à accuser quelques malaises: inquiétude, agitation, sensation de mal au coeur, besoin d'air, décoloration légère des muqueuses des lèvres; ne traitez jamais à la légère ces plaintes des malades, ne les mettez pas sur le compte d'un nervosisme, d'une sensibilité exagérée, examinez le poulx de la malade, vous le trouverez rapide et petit; inspectez l'utérus vous pourrez parfaitement constater qu'il est régulièrement contracté, mais vous serez frappé par son volume, par l'élévation de son fond, au niveau ou au-dessus de l'ombilic, parfois jusque sous les fausses côtes; devant ces constatations, et malgré le peu d'importance de l'écoulement sanguin vulgaire, n'hésitez pas à faire le diagnostic d'hémorragie grave qui