

rendu compte que l'expulsion de sang n'est pas due simplement à la première contraction qui succède au repos physiologique, n'hésitez pas à comprimer l'aorte abdominale entre votre main et le bord gauche de la colonne vertébrale, le long duquel ses battements sont facilement perçus : appuyez jusqu'à disparition des battements. C'est là un moyen thérapeutique de premier ordre qu'il ne faut pas réserver, comme on a tendance à le voir faire trop souvent, aux cas de gravité exceptionnelle ; vous ne sauriez au contraire trouver de méthode plus simple, puisqu'elle ne nécessite aucune instrumentation, aucune stérilisation préalable, et que la perception de l'aorte abdominale chez la femme qui vient d'accoucher est d'une simplicité extrême ; elle est à coup sûr absolument et immédiatement efficace au moins comme moyen d'hémostase provisoire, vis-à-vis de toute hémorragie *utérine*, enfin contrairement à la méthode de Momburg qu'on a essayé parfois de lui substituer, elle ne présente absolument aucun inconvénient pour la parturiente.

Vous continuerez la compression pendant quelques minutes, puis si chaque fois que vous la suspendez l'hémorragie se reproduit, vous substituerez à votre propre main celle d'un aide quelconque en ayant seulement soin de la placer en bonne position et en recommandant à votre aide improvisé de continuer à appuyer sans brusquerie. Vous aurez ainsi recouvré votre liberté pour être en mesure de pratiquer le traitement rationnel de l'hémorragie à cette période, c'est-à-dire le décollement total et l'expulsion du placenta, en d'autres termes la *délivrance*.

Essayez d'abord, à moins que le temps ne presse, de réaliser cette délivrance par les *manoeuvres externes ordinaires* : refoulement et tractions légères sur le cordon ; si vous réussissez faites suivre l'expulsion du délivre d'un injection intra-utérine chaude de solution iodo-iodurée à 45 degrés, pratiquez un peu de massage du globe utérin, et très souvent par ces moyens simples vous aurez la satisfaction de voir l'hémorragie s'arrêter définitivement.

Si au contraire vous éprouvez quelques difficultés à obtenir le décollement placentaire, après avoir soigneusement désinfecté vos mains, ou les avoir garnies de gants de caoutchouc bouillis, précautions que la compression de l'aorte vous donnera toujours le temps de prendre, vous pratiquerez la *délivrance artificielle manuelle*. Suivant l'état de la malade vous l'exécuterez soit sous, soit sans anesthésie générale à l'éther, soit simplement sur un bassin d'accouchement soit en travers du lit : pendant que votre main gauche fixera le fond utérin (manoeuvre capitale) à travers la paroi abdominale, allez avec votre main droite introduite toute entière dans le vagin, puis dans la cavité utérine reconnaître la zone d'insertion placentaire, en vous servant au besoin du cordon comme guide ; amorcez ensuite le décollement placentaire sur l'un des bords, puis poursuivez peu à peu et de proche en proche ce décollement avec l'extrémité ou le bord mousse des doigts : ce n'est qu'en présence d'adhérences résistantes que vous gratterez, que vous peignerez le tissu pour en obtenir le décollement ; lorsque la totalité du gâteau placentaire vous paraîtra détachée, faites glisser le délivre dans le vagin, puis, explorez de nouveau la zone d'insertion, voyez s'il ne reste rien ; constatez aussi si l'utérus se contracte. Alors seulement retirez votre main qui entraînera avec elle hors de la vulve le délivre et les caillots qui emplissent le vagin.