

observe 33 cas de rétention proprement dite, dont 25 accompagnés de septicémie.

Enfin, le plus souvent, le délivre est en partie adhérent et en partie décollé; aux dangers<sup>1</sup> de putréfaction de ces parties décollées s'ajoutent ceux constants de l'hémorrhagie, dont on observe plusieurs degrés suivant l'importance du décollement.

Je ne parle pas de l'hémorrhagie grave, qui constitue pour tout le monde une indication de vider immédiatement l'utérus. Mais elle peut être faible et intermittente; à propos d'un état congestif dû à un faux travail, à un accident quelconque, l'utérus saigne, et la femme peut ainsi perdre beaucoup de sang.

Mais elle peut être insignifiante et consister en un écoulement à peine sanguinolent ou stillicidium, lequel, s'il dure plusieurs semaines, amène lui aussi une anémie profonde, exigeant de longs mois pour se réparer. Telles sont les trois modalités principales de la rétention placentaire envisagées sous le bénéfice d'une antisepsie suffisante.

De nombreux accidents lointains résultent de la rétention prolongée.

1° *Déformations de l'utérus.*—Lorsque le placenta occupe la cavité du col, la forme de la matrice est alors celle d'une poire à grosse extrémité inférieure, à parois très amincies, et à petite extrémité supérieure rétractée, à parois épaissies. Si cette déformation persiste des semaines et des mois, le col conserve à l'avenir ses dimensions prédominantes, exagérant la disposition que l'on désigne sous le nom d'état infantile de l'utérus; il s'y ajoute un certain degré de décollement de la muqueuse cervico-vaginale, qui laisse les culs-de-sac du vagin flottants et prolapsés.

Une deuxième déformation est due à l'amincissement extrême par distension de l'isthme utérin, région intermédiaire au péritoine et au vagin, dépourvue des cercles de fibres musculaires que possède le museau de tanche, et, en plus, trouée de