

ceux de métrorrhagie survenant après l'accouchement ou l'avortement, que l'utérus soit tout à fait vide ou qu'il y soit resté une portion du placenta ou des membranes.

Reichert (*Phil. Med. Times*) dit qu'on ne doit donner l'ergot qu'alors que le placenta est sous contrôle; alors administrez en plusieurs doses à intervalles rapprochés jusqu'à ce que l'utérus soit bien contracté et abaissé, puis continuez à donner une dose toutes les quatre heures.

Lusk (*Science et art des accouchem.* p. 528), dit que " la seule indication urgente de l'ergot existe dans la production de l'hémorrhagie post-partum qui résulte de l'atonie de la matrice..... " Mais même en semblable circonstance il faut en différer l'usage jusqu'après l'expulsion de l'arrière-faix, à moins que les contractions irrégulièrement réparties de l'utérus n'entraînent la rétention prolongée du placenta ou ne soient incompatibles avec les manœuvres manuelles nécessaires pour son extraction.

5^e Quelle est l'action de l'ergot dans l'involution utérine ?

A la suite de la délivrance, l'utérus hyperplasié va se débarrasser des éléments histologiques qu'il avait acquis pour remplir ses fonctions pendant la gestation. On a fixé à une moyenne de 40 jours le temps qu'exige cette régression, et on a donné à cette période les noms de *puerperium*, période puerpérale, période d'involution.

Le mode par lequel elle s'effectue est la dégénérescence graisseuse, amenée par l'atrophie des vaisseaux (causée elle-même par la contraction utérine) et la résorption des éléments dégénérés par les veines et les lymphatiques.

Or si on admet que l'ergot a pour effet :

1^o De faire contracter le muscle utérin ;

2^o De diminuer le calibre des vaisseaux et la tension artérielle, il me semble permis de conclure qu'il est indiqué dans un processus qui exige précisément ces deux conditions; pourtant c'est un des points les plus débattus de la thérapeutique de l'ergot.

Pinzoni, (*Brit. Med. Journ.*), conclut de nombreux faits de clinique expérimentale que si l'ergot a une influence quelconque dans l'involution, c'est plutôt pour la retarder.

Le Dr Blanc, à la suite d'expériences analogues, arrive aux mêmes conclusions.

J. W. Hyde (*Brooklyn Med. Journ.*) prétend que l'ergot est un facteur très puissant dans la production de la sub-involution et des déplacements utérins.

Herman et Fowler (*Arch. of Gyn.* 1888, p. 223) concluent d'une expérience comparative sur deux séries de 50 cas chacune que l'ergot, administré pendant un laps de temps suffisant, favorise l'involution.

Le Dr Hale (*Med. Era*) dit que l'ergot est l'agent qui favorise le plus l'involution. Reichert est aussi affirmatif.