

gré une brèche assez large faite aux membranes, l'hémorrhagie peut persister ou réapparaître, bien qu'il n'y ait pas de traction exercée sur le placenta; elle provient du décollement du placenta produit par la pression à frottement de la partie fœtale qui s'engage.

Si cette hémorrhagie est sérieuse, il faut se hâter de compléter la dilatation à l'aide du ballon de Champetier, de manière à empêcher le décollement du placenta; on terminera l'accouchement, lorsque la dilatation sera complète, par le forceps, ou la version s'il y avait présentation de l'épaule.

Lorsque la femme perd du sang et qu'il y a une présentation du siège, complet ou décompleté, on va à la recherche d'un pied ou l'abaisser, si toutefois la dilatation le permet, et on attend que la dilatation se complète avant de terminer l'extraction du fœtus.

Lorsqu'il existe une présentation de l'épaule, si la dilatation n'est pas complète, on peut recourir à la version, par manœuvres combinées, qui consiste, à travers un orifice incomplètement dilaté, à aller saisir un pied et à l'amener dans le vagin à travers l'orifice utérin. C'est là une méthode qui donne de bons résultats. Elle ne nous paraît cependant pas suffisamment utile pour justifier la conduite des accoucheurs qui, même dans la présentation du sommet non engagé, vont aussi à la recherche d'un pied et transforment ainsi en une présentation du siège cette présentation du sommet.

Nous avons vu combien les hémorrhagies étaient fréquentes au moment de la délivrance chez les femmes chez lesquelles le placenta est inséré vicieusement; il faut donc être prêt à toute éventualité, avoir d'avance huit à dix litres d'eau bouillie chaude avec lesquelles on fera des injections vaginales ou intra utérines qui suffisent à arrêter l'hémorrhagie dans la pluralité des cas. Si toutefois le suintement sanguin continue, il ne faut pas hésiter à pratiquer la délivrance artificielle et à assurer ensuite l'hémostase utérine à l'aide d'irrigations chaudes.

Lorsque la délivrance se fait naturellement, il faut avoir soin de n'exercer aucune traction sur le cordon; la délivrance par expression est préférable pour éviter la rétention des membranes.

Nous n'avons point parlé à dessein de la méthode du tamponnement qui, depuis Leroux, a joui d'une si grande vogue: c'est que le tampon, même fait avec toutes les précautions antiseptiques, n'empêche pas toujours l'hémorrhagie, qu'il est douloureux et qu'il produit du côté des organes génitaux des écoulements multiples.

Nous terminerons cette étude de l'insertion vicieuse du placenta en rappelant que les femmes chez lesquelles se présente cette complication sont plus exposées que d'autres à la septicémie—parce qu'elles perdent souvent du sang, et qu'en outre la situation qu'occupe la plaie placentaire de la cavité utérine la rend plus accessible à l'ensemencement microbien.—Dr G. LEPAGE, in *Cours médical*.