M. Baudelocque lui-même m'a assuré avoir plusieurs fois réussi à arrêter des pertes qui paraissaient devoir se terminer promptement par la mort. Ce médecin, qui, avec le docteur Fréhan, se dispute l'honneur d'avoir le premier fait revivre la compression de l'aorte, paraît compter beaucoup sur l'efficacité de ce moyen. Un très-grand nombre de faits militent aujourd'hui en faveur de son opinion. Voici comment M. Baudelocque neveu conseille de faire cette compression : Faites fléchir les parties supérieures et inférieures de la femme sur le bassin; déprimez avec les quatre derniers doigts de l'une des mains la paroi abdominale immédiatement au-dessus du fond de la matrice; vous sentez alors les pulsations de l'aorte avec plus de facilité que l'on ne sent celles de la radiale. La durée de la compression peut être fort considérable sans que la femme en éprouve aucune espèce d'inconvénient. M. Baudelocque dit l'avoir pratiquée pendant plus de quatre heures. Cette compression n'est d'ailleurs considérée, par son auteur lui-même, que comme un moyen de gagner du temps. Il administre presque aussitôt la potion ergotée, dont l'action détermine bientôt la contraction utérine. La compression de l'aorte, conseillée depuis longtemps, avait été généralement proscrite, parce que les procédés étaient essentiellement mauvais. Les uns voulaient la comprimer à travers la paroi du ventre et la double paroi utérine; les autres introduisaient la main dans la cavité de l'utérus même, et comprimaient le vaisseau à travers la paroi postérieure de l'organe. Ces deux derniers procédés, qui s'opposent au resserrement de l'utérus, doivent être rejetés.

Malgré les succès nombreux qui lui ont été attribués, plusieurs auteurs, et M. Jacquemier un des premiers, en contestent l'utilité, et vont même jusqu'à la considérer comme nuisible. « Dans les pertes abondantes qui succèdent à l'accouchement, le sang qui s'écoule, dit M. Jacquemier, provient en grande partie des veines, et la compression du tronc aortique ne peut que favoriser le reflux du sang veineux dans la veine cave et les branches qui y aboutissent. » Sans doute, les artères utéro-placentaires ne pourraient fournir l'énorme quantité de sang que parfois perd en quelques instants une femme récemment accouchée, et certainement ce sang s'échappe en grande partie des larges bouches veineuses que le décollement du placenta laisse béantes à la face interne de l'utérus. D'accord sur ce fait avec M. Jacquemier, je ne le suis plus quant à la conclusion qu'il en tire. Tels sont, en effet, les rapports de l'aorte et de la veine cave, qu'il est à peu près impossible, à moins de vouloir le faire exprès, de comprimer l'une sans aplatir l'autre en même temps. J'accorde très-volontiers qu'on s'est trompé sur la nature du service qu'on rend alors, et qu'on devrait attribuer à l'aplatissement de la veine cave, ce dont on glorifiait la compression de l'aorte; mais que m'importe? quant au résultat pratique, l'arrêt de l'hémorrhagie n'en est pas moins la conséquence. M. Jacquemier a rendu un véritable service en signalant une erreur théorique, mais je l'en blâmerais presque s'il privait le praticien d'une ressource précieuse. J'accepte donc la théorie de M. Jacquemier, mais je n'en continuerai pas moins à comprimer l'aorte, bien convaincu qu'en même temps je comprimerai la veine cave.

Une autre objection a encore été faite. La compression de l'aorte, a-t-on dit, empêche bien le sang d'arriver par les artères utérines, mais elle doit nécessairement augmenter la quantité de celui qui arrive par les ovariques, car elle est ordinairement exercée au-dessous de l'origine de ces dernières... L'objection perd beaucoup de sa valeur, puisque l'hémorrhagie est surtout veineuse. Mais de quatre artères qui fournissaient le sang, deux seulement sont perméables après la compression de l'aorte. C'est donc un avantage marqué.

M. Jacquemier considère comme inutile et irrationnel d'administrer l'ergot pendant qu'on exerce la compression. « Comment admettre, dit-il, que cet agent, dont les effets sont prompts, mais passagers, puisse aller stimuler l'utérus *pendant que le sang artériel a cessé d'y arriver?* » C'est en agissant d'abord sur les centres nerveux et en réveillant l'action excito-motrice des nerfs utérins que le médicament exerce sur l'utérus l'action spéciale qu'on lui reconnaît : croire qu'après avoir été absorbé dans l'estomac, le médicament, transporté dans le torrent circulatoire, n'agit que lorsqu'il est mis en contact avec la fibre utérine, c'est, je crois, admettre une erreur physiologique.

Jusqu'à présent, la compression de l'aorte n'a été conseillée que dans le but de suspendre l'écoulement du sang, et de donner le temps d'agir aux moyens propres à réveiller la contractilité utérine. Je pense qu'elle peut rendre de grands services, même après la suspension de la perte et la rétraction de la matrice. Dans les cas, en effet, où la perte a été considérable, tout danger ne cesse pas dès qu'on est parvenu à arrêter l'hémorrhagie et à déterminer le resserrement de l'organe gestateur. Bien qu'il ne s'écoule plus une goutte de sang, la quantité de ce liquide restée dans l'organisme n'est plus suffisante pour distribuer à tous les organes, en même temps qu'au cerveau, l'excitation nécessaire pour maintenir l'intégrité de leurs fonctions, et quelquefois les femmes s'éteignent deux ou trois heures après l'arrêt de la perte. La mort survient alors, parce que la masse sanguine est également répartie dans toute l'étendue de l'arbre circulatoire, et que le cerveau et la moelle allongée en particulier, n'en recevant qu'une trop faible partie, manquent de l'excitant qui leur est nécessaire pour entretenir la respiration et par suite les mouvements du cœur. Ceci étant admis, il est facile de comprendre que si, en comprimant l'aorte abdominale, on empêche le sang lancé par le ventricule gauche de descendre dans les parties inférieures du tronc et dans les membres abdominaux, on le forcera nécessairement à refluer vers le cerveau en plus grande quantité, et l'on conservera ainsi à cet organe l'excitation dont il a besoin pour réagir à son tour sur les fonctions du cœur et des poumons.

En plaçant la femme sur un plan incliné, de manière que la tête occupe le point le plus déclive, on viendra puissamment aider la compression de l'aorte.

Je pense donc que la compression de l'aorte et de la veine cave est utile pendant que la perte est abondante, mais que, dans les cas où la malade a perdu une grande quantité de sang, elle doit être continuée encore pendant plusieurs heures après l'arrêt de l'hémorrhagie et la rétraction complète des parois utérines. Seulement, dans ce dernier cas, il importe d'isoler l'aorte de la veine

cave, de manière à exercer seulement la compression sur le premier de ces vaisseaux [1].

5° Le *seigle ergoté* a été conseillé, ainsi que nous l'avons déjà dit, comme un des moyens propres à prévenir l'hémorrhagie chez les femmes qui, par leur constitution et leurs antécédents, semblent en être inévitablement menacées. C'est encore un moyen auquel il faut avoir recours dans le traitement curatif. Malheureusement le temps nécessaire pour se le procurer, et pour que son action se fasse sentir, est toujours trop considérable pour qu'on puisse l'administrer assez promptement [2] ; et l'on conçoit que, dans une hémorrhagie grave, dans un cas d'inertie complète, par exemple, la malade succomberait infailliblement avant qu'on puisse rien espérer de l'ergot. C'est alors qu'il serait très-utile de comprimer l'aorte en attendant. Mais, à l'exception de ces cas foudroyants où quelques minutes décident de la vie, le seigle ergoté doit être employé, et le sera presque toujours avec succès. (Voy. THÉRAPEUTIQUE, article *Seigle ergoté*.)

L'hémorrhagie utérine a, chez quelques femmes, une tendance marquée à récidiver. Aussi, dès qu'elle a lieu, qu'elle paraisse ou non définitivement arrêtée, il faut donner quelques grammes de cette substance. Dans le premier cas, il n'en peut résulter aucun inconvénient; dans le second, on préviendra le retour de l'inertie, même légère, et cela n'est pas indifférent pour une femme qui, déjà épuisée, peut succomber à une nouvelle perte, quelque peu abondante qu'elle soit.

6° Les auteurs anglais (Burns, Bigeschi) conseillent l'opium à haute dose, comme moyen préventif et curatif dans les cas de perte par inertie. Ils citent quelques faits à l'appui de cette opinion ; mais je ne les crois pas concluants, car, dans tous les cas cités, il ont ajouté à l'opium l'emploi des moyens généraux que nous avons indiqués comme propres à faire cesser l'hémorrhagie. Je ne conçois pas, du reste, l'influence que l'opium, administré seul, pourrait avoir sur le resserrement de l'utérus, qui est ici le seul espoir de salut.

7° La *transfusion*, tant vantée par quelques auteurs anglais entre les mains desquels elle paraît avoir réussi un bon nombre de fois, n'a pas eu en France les mêmes succès. C'est un moyen extrême qu'on pourrait cependant employer dans quelques cas désespérés, mais sur lequel il ne faut pas trop compter; car la gravité de la perte, la faiblesse excessive de la malade et la lenteur de l'opération la rendent le plus souvent inutile, sans compter encore les accidents nerveux et inflammatoires, la phlébite, qui suivent souvent l'opération. Il est évi-

[1] Roux a pratiqué une fois cette compression sur l'aorte sur un blessé épuisé par des pertes multipliées ; mais je crois être le premier qui l'ait proposée et pratiquée après les hémorrhagies des nouvelles accouchées. En mars 1845, dans une communication faite à la Société de médecine du département de la Seine, j'en fis la proposition formelle, après avoir développé les données physiologiques sur lesquelles je me fondais. Je tiens d'autant plus à constater ce fait, que depuis cette époque on a reproduit cette proposition sans me citer.

[2] Les accoucheurs, et surtout ceux des campagnes, doivent toujours prendre la précaution d'avoir avec eux un peu de seigle ergoté.

dent d'ailleurs qu'elle ne pourrait être employée avec quelques chances de succès qu'après la cessation de la perte et la complète rétraction de l'utérus, et alors je pense que la compression de l'aorte aurait presque tous ses avantages sans offrir aucun de ses nombreux dangers. Je l'ai vu pratiquer une fois à l'Hôtel-Dieu sans aucun avantage. Dans quelques-uns des cas relatés, il a suffi le plus souvent d'une très-faible quantité de sang (70 à 100 grammes) pour amener une amélioration notable. Dans d'autres il a été nécessaire d'en injecter jusqu'à 300 et même 400 grammes.

Dans le cas cité par M. Nélaton, ce chirurgien injecta d'abord 200, puis cinq minutes après 250 grammes de sang. Voici, du reste, le procédé opératoire suivi par ce chirurgien : A l'aide d'une incision de 2 centimètres, il découvrit la veine médiane basilique, la disséqua et la souleva avec une anse de fil, de manière à l'aplatir et à y interrompre la circulation, pour n'avoir pas à redouter l'écoulement du sang. Saisissant alors avec une pince la paroi antérieure de la veine, il la divisa obliquement de bas en haut dans la moitié de son diamètre, de manière à avoir un lambeau en forme de V, que l'on pouvait relever et abaisser à volonté. Le sang retiré à un interne fut reçu dans une palette chauffée environ à 25 degrés centigrades et immédiatement versé dans une seringue à hydrocèle, tenue à la même température.

Tout étant ainsi disposé, on expulsa avec soin l'air que la seringue pouvait contenir, on introduisit la canule dans la veine, par-dessous le petit lambeau en V, que l'opérateur relevait avec sa pince, et l'injection fut poussée avec lenteur. Cinq minutes après la seconde injection faite, on ferma la plaie du bras avec une bandelette de collodion.

8° Jusqu'ici nous avons supposé que l'hémorrhagie débute après l'extraction de l'arrière-faix; mais l'inertie de l'utérus et l'hémorrhagie qui en est la conséquence surviennent souvent avant la délivrance; et la rétention du placenta présente ici quelques indications particulières qu'il est important de préciser. Lorsqu'une hémorrhagie a lieu, il y a évidemment une portion plus ou moins considérable du placenta détachée; quelquefois même le placenta est complétement séparé de la paroi utérine, et est libre dans la cavité de l'organe. Or, les conseils donnés dans cette circonstance par les auteurs sont très-variables : les uns veulent qu'on s'occupe d'abord d'extraire de la cavité utérine le placenta et les caillots qu'elle peut contenir; les autres prescrivent de remédier d'abord à l'inertie de l'utérus, qui seule est la cause de l'accident. Nous n'hésitons pas à accepter ce dernier avis quand l'hémorrhagie est légère. Si, en effet, le placenta est partiellement décollé, il est évident qu'en achevant son décollement on augmente les sources d'hémorrhagie. Aussi regardons-nous comme une bonne pratique de n'opérer cette extraction et de n'achever le décollement que lorsque, après avoir agacé, irrité l'organe avec la main, on a déterminé son resserrement, sa contraction, de manière qu'il chasse, pour ainsi dire, au dehors la main, les caillots et l'arrière-faix.

Si l'adhérence du placenta était trop difficile à détruire, on pourrait employer

les injections dans la veine ombilicale ou les autres moyens dont nous avons parlé dans le chapitre précédent.

Mais quand l'hémorrhagie est abondante, et que le décollement du placenta est complet ou qu'il n'adhère plus à l'utérus que par une petite partie de surface, il faut l'extraire en même temps que les caillots qui peuvent s'être accumulés dans la cavité utérine. Leur présence empêche, en effet, d'agir énergiquement sur les parois de la matrice, et peut s'opposer à leur rétraction. Vider rapidement l'utérus de tout ce qu'il contient est le meilleur moyen d'arrêter l'écoulement du sang.

Lorsque, par l'emploi des moyens dont nous venons de parler, on a été assez heureux pour se rendre maître de l'hémorrhagie, il faut rester auprès de la malade pendant plusieurs heures, surveiller attentivement l'écoulement qui se fait par la vulve, placer la main sur l'hypogastre, afin de s'assurer que le globe utérin n'augmente pas de volume. Si l'utérus se relâche, si son volume augmente de nouveau, on peut être certain que des caillots remplissent encore sa cavité, et, dans ce cas, il faut, sans hésiter, introduire la main, malgré les supplications de la malade, et aller vider la matrice, qu'on excitera en même temps en titillant sa face interne. On renouvellera cette opération jusqu'à ce que la perte soit définitivement arrêtée. Il faut prendre la précaution d'appliquer sur le ventre des linges plus ou moins imbibés de vinaigre, d'alcool et même d'eau froide, et de les soutenir par un bandage de corps modérément serré; puis recommander le silence le plus absolu, entretenir un demi-jour autour de la malade. On lui fera donner quelques légers cordiaux, bouillon, vin sucré, etc.

Dans les circonstances ordinaires, la malade est ordinairement transportée dans son lit une heure après l'accouchement; mais, après les pertes abondantes, il faut se garder de lui imprimer aucune secousse, et il est souvent nécessaire de la laisser dans la même position huit, dix et douze heures. Le moindre mouvement peut alors causer une syncope mortelle.

Lorsqu'une femme a une hémorrhagie abondante, elle est naturellement portée au sommeil. Quelques personnes veulent alors l'empêcher de dormir, craignant que, pendant ce sommeil, la perte ne se renouvelle à l'insu de la malade. Il ne faut pas s'opposer à ce repos, qui répare les forces épuisées; mais il ne faut pas quitter la femme, et surveiller très-attentivement le pouls, l'utérus et l'écoulement vaginal.

Après les pertes considérables, les malades sont souvent tourmentées par des vomissements ou au moins des faiblesses d'estomac, des nausées et des envies de vomir excessivement fatigantes. Indépendamment de la douleur qu'ils occasionnent, ces accidents gastriques ne sont pas tout à fait sans danger. Quand les femmes vomissent, les efforts auxquels elles se livrent peuvent, par la fatigue qu'ils occasionnent, produire la syncope, syncope pendant laquelle la perte peut se renouveler avec abondance. S'il y a seulement des nausées, des envies de vomir, les femmes en sont tellement tourmentées, qu'elles s'agitent au point d'épuiser le peu de forces qui leur restaient. Cet épuisement de forces musculaires est une très-fâcheuse condition, dans une circonstance où la contraction utérine est si nécessaire. Rien n'est alors propre, dit Dewees, à calmer cette agitation de l'estomac, comme l'administration de l'opium donné en pilules, à la dose de 2 ou 3 centigrammes toutes les deux heures. Le même auteur dit s'être encore très-bien trouvé de l'application d'un sinapisme sur le creux épigastrique.

Les opiacés en potion pourront être aussi administrés avec avantage. Lorsque, à la suite des pertes abondantes, les malades sont inquiètes, agacées ou tourmentées par un malaise extrême, quelques cuillerées à café de sirop diacode suffisent le plus souvent pour calmer leur anxiété, et leur procurer le sommeil réparateur dont elles ont tant besoin.

Si la perte de sang a été très-abondante, tout danger n'est pas passé quand l'hémorrhagie est arrêtée. Les syncopes restent fréquentes et menacent à chaque instant la vie. Dans ces circonstances, on se trouvera bien d'imiter la pratique anglaise et d'administrer des boissons alcooliques : eau-de-vie, rhum, madère, etc. Ces boissons peuvent être coupées avec de l'eau ou données pures : les malades peuvent en prendre de grandes quantités sans éprouver aucun symptôme d'ivresse. C'est ainsi qu'en moins de deux heures une femme peut boire de 100 à 500 grammes d'eau-de-vie, sans aucun inconvénient. Un mélange d'eau et d'eau-de-vie, additionné de jus de citron, est quelquefois fort utile, parce que sa saveur agréable le fait bien supporter par l'estomac.

Rien ne relève mieux les forces d'une femme épuisée par une hémorrhagie rapide que les boissons alcooliques et les bouillons froids ; malheureusement les vomissements sont fréquents et souvent l'estomac rejette tout ce qui a été ingéré. Pour calmer ces vomissements on donnera quelques fragments de glace ; ils sont habituellement recherchés avec avidité par les malades. Malgré tout, si les vomissements persistent, si l'estomac rejette indistinctement toutes les boissons, on doit essayer de faire absorber les liquides par le gros intestin. Dans ce but on prescrira un lavement composé de bouillon et de vin, qu'on additionnera avec 15 ou 20 gouttes de laudanum. M. le docteur Charrier, ancien chef de Clinique de la Faculté, a publié plusieurs faits qui semblent démontrer l'utilité de ces lavements, et j'en ai moi-même reconnu l'utilité. Il faut donc songer à leur emploi dans les cas graves.

Lorsque la faiblesse excessive qui succède immédiatement aux pertes abondantes commence à diminuer, on voit se manifester quelques phénomènes de réaction fébrile : le pouls est petit, précipité, quelquefois dur, quelquefois dépressible; la chaleur et la sécheresse de la peau sont augmentées, la langue est sèche et les traits grippés ; la malade éprouve une soif vive et a du dégoût pour les aliments solides; elle est très-impressionnable au moindre bruit ou à une lumière un peu vive; elle se plaint d'une violente céphalalgie, parfois de palpitations et de dyspnée. Elle ne peut dormir, ou, si elle s'assoupit, elle est presque toujours réveillée en sursaut.

Cet état résulte évidemment de l'excitation produite par la perte sur le système nerveux, et c'est cette vive excitabilité qu'avant tout il faut chercher à calmer.

Réparer les pertes de l'organisme par une alimentation facile à digérer et administrée fréquemment et en petite quantité à la fois, est évidemment la pre-

mière indication à remplir. De petits bouillons, quelques potages légers, conviendront à merveille.

Pour diminuer l'excitabilité du système nerveux, le repos complet, quelques aspersions froides sur les mains, sur la face, mais surtout les préparations opiacés données souvent et à petite dose, constituent la médication la plus utile.

§ II. — De l'hémorrhagie secondaire.

Pour compléter l'histoire des hémorrhagies puerpérales, il me reste à mentionner quelques accidents qui ne se manifestent qu'à une époque plus ou moins éloignée de l'accouchement, et qui, à cause de cette circonstance, ont reçu le nom d'*hémorrhagies secondaires*.

Ces pertes, assez graves pour compromettre sérieusement la santé, quelquefois même la vie de la femme, n'ont été que très-incomplétement mentionnées dans les livres les plus récents, et nous-même avons eu le tort de n'en dire que quelques mots dans les premières éditions de cet ouvrage. Elles peuvent reconnaître des causes très-variées, et le docteur Clintock a rendu un véritable service en appelant récemment l'attention sur les diverses circonstances qui peuvent y donner lieu. Tantôt ces causes diverses font sentir leur influence très-peu de temps après la délivrance et la rétraction complète de l'utérus, tantôt seulement après trois ou quatre jours, parfois même après trois, cinq ou six semaines. Mais, quelle que soit l'époque à laquelle elles agissent, leur mode d'action est à peu près toujours le même qu'aux autres époques de l'état puerpéral, et l'hémorrhagie peut alors s'expliquer, soit par une inertie secondaire, soit par une congestion trop active, un véritable *molimen hæmorrhagicum*, soit enfin par une altération du sang qui aura eu pour résultat d'augmenter beaucoup la fluidité de ce liquide.

L'hémorrhagie, ou plutôt l'inertie qui l'a produite, ne se manifeste pas seulement pendant ou immédiatement après la délivrance. Et, sous le rapport du moment auquel elle se montre, on pourrait distinguer une inertie primitive, c'est celle que nous venons de décrire, et une inertie secondaire sur laquelle Rhamsbotham a particulièrement appelé l'attention, et dont nous avons observé plusieurs exemples.

A. *Inertie secondaire.* — Quelques instants, quelques heures, et même parfois plusieurs jours après la délivrance [1], l'utérus, qui s'était convenablement rétracté et s'était tenu rétracté pendant tout ce temps, peut tout à coup se relâcher. Ses parois sont plus molles et son volume augmente. En même temps la malade s'affaiblit, pâlit, le pouls perd de sa force et s'accélère; en examinant attentivement les parties génitales, on ne voit s'écouler que peu de sang, et les linges sont modérément salis. Mais si l'on comprime légèrement la tumeur utérine, ou si, par quelques frictions sur l'hypogastre, on force l'organe à se contracter, il s'échappe tout à coup du vagin une assez grande quantité de sang coagulé. Après cette évacuation, l'utérus est moins volumineux, plus dur, et reste dans cet état tant que la main continue à le comprimer; mais, si l'on cesse cette compression, on voit bientôt les parois ramollies se laisser distendre de nouveau, pour se rétracter encore en chassant à l'extérieur une nouvelle quantité de caillots, si l'accoucheur exerce encore une fois sur son fond une compression et les excitations propres à réveiller leur contractilité. Cette série de faits peut se reproduire plusieurs fois si l'accoucheur cesse trop tôt l'emploi des moyens propres à rendre permanente la contraction de l'utérus, et, si la cause de l'hémorrhagie est méconnue, elle peut entraîner la mort de la femme.

Or, plusiers circonstances facilitent l'erreur. Le médecin a déjà constaté l'état de la matrice, et il ne suppose pas tout d'abord qu'après être restée longtemps convenablement rétractée, elle ait pu se relâcher secondairement: l'absence d'écoulement extérieur exclut de son esprit la pensée d'une hémorrhagie grave; enfin, trop souvent la malade, épuisée par les fatigues du travail, s'est endormie, et ne s'aperçoit elle-même de sa faiblesse extrême que lorsque déjà l'accident est au-dessus des ressources de l'art.

L'examen de l'utérus peut seul éclairer le diagnostic. On le trouve alors mollasse, beaucoup plus volumineux qu'il ne l'était après la délivrance, et, en portant le doigt jusqu'à l'orifice interne, on le trouve bouché par un caillot plus ou moins volumineux.

L'accoucheur doit employer les moyens propres à solliciter la rétraction des parois utérines, mais surtout à la rendre permanente. Le meilleur moyen d'obtenir ce dernier résultat, c'est de prolonger soi-même la compression qu'on exerce avec la main sur le fond de la matrice, et de la remplacer ensuite par une compression permanente. Pour cela, on met sur le fond de la matrice plusieurs serviettes pliées les unes sur les autres, et, à l'aide d'un bandage de corps fortement serré, on maintient l'organe très-fortement pressé contre l'entrée du détroit supérieur. J'ai l'habitude de faire immédiatement avaler à la malade 1 gramme de seigle ergoté, puis toutes les demi-heures ou toutes les heures, suivant la tendance de l'organe au relâchement, j'administre 30 à 40 centigrammes du même médicament.

B. *Congestions utérines.* — Sous ce nom, madame Lachapelle a décrit une perte qui survient à une époque plus ou moins éloignée de la parturition, et qui, suivant elle, est produite sous l'influence d'un *molimen hæmorrhagicum* particulier. Ce molimen a quelquefois produit la perte même sans inertie. Nous avons vu, dit-elle, une femme périr, sept à huit jours après l'accouchement, d'une abondante perte de sang séreux qui transsudait de toutes parts de la surface utéro-vaginale, et qui pénétrait par imbibition le tampon le plus serré. La

[1] M. Fergusson (septembre 1850, New-York, *Journal of medicine*) cite un cas d'hémorrhagie grave survenue treize jours après la délivrance. La cause était une inertie secondaire. A ce propos l'auteur a consulté plusieurs statistiques. En voici les résultats: sur 16 654 accouchements observés par Collins à l'hôpital de Dublin, il y a eu 43 cas d'hémorrhagie immédiatement après la délivrance, 40 douze heures après. Dans un cas la perte ne se manifesta que le quatrième, dans un autre le sixième, dans un dernier le dixième jour.

Les docteurs Clintock et Hardy en ont observé un au septième jour, et le docteur Stimever un autre au dixième.