

Administration  
de l'ergot.

Pendant qu'on fait la compression, on doit surveiller le traitement général; et, en donnant ses instructions aux assistants, le médecin restera calme et réfléchi, évitera tout désordre et toute confusion. On administrera une bonne dose d'ergot, et, si la femme en avait déjà pris une, elle en prendra une seconde. Nous ne considérons l'ergot que comme un utile accessoire, c'est un médicament qui n'agit qu'au bout d'un temps assez long. Les injections hypodermiques d'ergotine offrent le double avantage, dans les cas graves, d'agir avec une puissance énorme et avec une rapidité beaucoup plus grande que l'administration par la voie ordinaire. On doit donc y avoir recours de préférence.

Stimulants.

Cet écoulement subit ayant probablement produit de l'épuisement et une tendance à la syncope, il est utile de donner des stimulants. L'état du pouls et le degré d'abattement seront nos meilleurs guides dans leur administration. Il n'y a pas de plus grosse erreur que celle qui consiste à compter sur une bouteille d'eau-de-vie pour arrêter l'hémorrhagie. Dans les cas graves, l'absorption ne se fait pas, et le médecin peut faire avaler une énorme quantité d'eau-de-vie à sa malade, croyant la stimuler, tandis qu'en réalité il ne fait que lui remplir l'estomac d'une masse de liquide qui ensuite est rejeté intacte. J'ai vu plus d'une fois des accidents produits par une ingestion immodérée de brandy, dans des écoulements légers, accidents auxquels l'hémorrhagie était absolument étrangère. Je me rappelle avoir été mandé par un confrère pour faire une transfusion du sang chez une femme qui, disait-il, était dans l'insensibilité et le collapsus à la suite d'une hémorrhagie. Je la trouvai, certes, inconsciente de son état, mais avec la face congestionnée, le pouls bondissant, un utérus fortement rétracté, et la respiration stertoreuse. Il résulta de mon interrogatoire qu'elle avait pris une énorme quantité de brandy, et qu'elle était plongée dans le coma d'une profonde intoxication, tandis que l'hémorrhagie n'avait jamais été excessive.

Injections hypoder-  
miques d'éther.

On a recommandé les injections hypodermiques d'éther sul-

furique comme un puissant stimulant dans les cas où l'épuisement est extrême. On peut injecter un gramme cinquante du liquide, et essayer ce médicament lorsque la tendance à la syncope est très prononcée.

Les fenêtres seront largement ouvertes, pour laisser un courant d'air frais circuler librement à travers la chambre. On enlèvera les oreillers, pour maintenir la tête basse, et la femme sera éventée assidument.

Air frais, etc.

Si la perte continue, ou si elle commence avant l'expulsion du placenta, on introduira doucement et avec précaution la main dans l'utérus, et on videra sa cavité de tout ce qu'elle contient. La présence seule de la main dans l'utérus est un bon excitant de l'action utérine. C'est encore plus essentiel, si le placenta est retenu, parce que l'hémorrhagie ne peut être enrayée tant que l'utérus est distendu par sa présence. Pendant l'opération, l'utérus sera maintenu extérieurement par la main gauche, car, en agissant avec les deux mains à la fois, on risque beaucoup moins de léser les tissus.

Il faut vider l'utérus.

Si l'on a affaire à l'« hour-glass contraction », ou si l'on rencontre des adhérences morbides du placenta, l'opération est bien plus difficile et exige beaucoup de soin et de jugement. On peut, en général, vaincre la rétraction spasmodique de l'orifice interne du col, dans le premier cas, par une pression douce et continue des doigts introduits dans l'orifice, pendant que l'utérus est maintenu extérieurement. L'hémorrhagie est presque toujours suffisamment modérée, jusqu'à ce que le spasme vaincu permette l'introduction de la main.

Traitement de la  
contraction en sablier.

Il n'existe aucun signe qui nous indique sûrement des adhérences morbides du placenta, tant qu'on n'a pas pu introduire la main. Barnes a signalé les symptômes suivants; mais quelques-uns d'entre eux peuvent accompagner la rétention du placenta sans qu'il y ait d'adhérences. On peut soupçonner une adhérence morbide, si l'on a déjà éprouvé une difficulté inaccoutumée pour extraire le placenta dans les accouchements antérieurs; si, pendant le troisième stade, l'utérus se contracte for-

Signes des adhérences  
du placenta.



tement par intervalles, et que chaque contraction soit accompagnée d'un écoulement de sang; si, en suivant le cordon, on trouve encore le placenta dans l'utérus; si, en tirant sur le cordon avec deux doigts enfoncés jusqu'à sa racine dans le placenta, on entraîne en une seule masse le placenta et l'utérus, et que la femme éprouve une sensation de tiraillement douloureux; si, pendant une contraction, la tumeur utérine ne présente pas la forme globulaire, et qu'elle soit plus proéminente qu'à l'état normal au siège de l'insertion du placenta<sup>1</sup>.

Traitement  
des adhérences.

L'extraction artificielle d'un placenta adhérent est toujours une opération délicate et inquiétante, qui, achevée même avec le plus grand soin, expose nécessairement la femme à des lésions du tissu utérin; on risque aussi de laisser dans la cavité de la matrice quelques débris de placenta qui peuvent donner naissance à une hémorrhagie secondaire ou à la septicémie. Le cordon guidera la main sur le siège de l'insertion du placenta, et les doigts seront insinués très doucement entre son bord inférieur et la paroi utérine, ou, si l'on trouve une portion déjà détachée, on commencera le décollement du reste par ce point. L'utérus soutenu à travers la paroi abdominale, on fera l'extraction aussi soigneusement que possible, avec la plus grande précaution, car il est loin d'être facile de distinguer le placenta de l'utérus. Le plus souvent, il n'est pas aisé d'enlever tout, et il est sage de détacher seulement ce qu'on peut avoir sans difficulté, au lieu de s'obstiner à tenter un décollement complet par de trop grands efforts.

Lorsqu'on ne peut ni détacher ni extraire la totalité ou la plus grande partie de la masse placentaire, le cas devient fort grave. Les morceaux retenus se décollent et tombent au bout d'un temps plus ou moins long, ou bien ils se décomposent et provoquent un écoulement fétide et une infection septique. Il faut recourir alors aux injections intra-utérines antiseptiques, afin de diminuer, autant que faire se peut, les risques d'absorption; mais la femme reste en grand danger jusqu'à ce que

1. *Obstetric operations*, p. 440.

les débris de l'organe aient été expulsés et que l'écoulement se soit suspendu. Il y a des raisons pour croire que parfois, mais rarement, des masses considérables de tissu placentaire aient été complètement résorbées. Il est difficile d'expliquer un phénomène aussi étrange, mais on en relate quelques observations dont l'authenticité ne paraît pas douteuse, et permet de croire que le placenta a disparu par cette voie<sup>1</sup>.

On emploie différents moyens pour exciter la rétraction utérine par stimulation réflexe. Parmi les plus importants je citerai l'action du froid. Chez les femmes qui ne sont pas trop épuisées pour supporter l'application de ce stimulus, il a une grande valeur. Mais, si l'on en use, il faut que ce soit d'une façon intermittente et non pas continue. Verser un courant d'eau froide d'une certaine hauteur sur l'abdomen est une pratique commune, mais mauvaise, parce qu'on inonde la femme et le lit, et cette eau peut ensuite causer d'autres maladies. Frapper la partie inférieure de l'abdomen avec une serviette mouillée est mieux. En général, il est facile d'avoir de la glace; on en introduira un morceau dans l'utérus. C'est là un puissant hémostatique qui excite souvent l'action utérine, lorsque d'autres moyens ont échoué. Je l'emploie constamment, et jamais je ne l'ai vu provoquer d'accidents. On peut aussi appliquer un gros morceau de glace sur le fond de l'utérus, puis l'enlever et le réappliquer de temps en temps. On emploie également l'eau glacée en injections dans le rectum. Un moyen très puissant consiste à faire passer dans la cavité utérine un courant d'eau froide avec une canule de l'irrigateur Higginson, portée jusqu'au fond de l'organe. Mais on ne peut compter sur ces procédés qu'autant que la femme est en état de réagir contre leur stimulus; et, s'ils ne provoquent pas rapidement la rétraction de l'utérus, on doit n'en point prolonger l'emploi, qui deviendrait certainement funeste. Rigby mettait l'enfant au sein, considérant que c'était là un des meilleurs excitants de la contrac-

Excitation de l'action réflexe par le froid, etc.

1. Lire un intéressant mémoire du Dr Thrush sur « *Retention of the Placenta in Labour at Term* » (*Amer. Journ. of obstet.*, juillet 1877).



tion. Certes cela peut être utile, après que l'hémorrhagie est calmée, pour assurer la persistance de la contraction tonique, on ne doit donc pas l'oublier ; mais on ne peut pas perdre son temps à faire chercher le sein à l'enfant, en face d'une hémorrhagie sérieuse.

Injectons intra-  
utérines d'eau chaude.

Récemment, on a préconisé les injections intra-utérines d'eau chaude, à la température de 45 à 50°, comme un hémostatique puissant et souvent efficace après l'emploi inutile de tous les autres moyens. Les observations où elles ont réussi sont très nombreuses. Le Master actuel de Rotunda hospital, le Dr Lombe Atthill, en a publié 16 où il arrêta ainsi l'hémorrhagie rapidement, après avoir échoué avec l'ergot, la glace et d'autres procédés<sup>1</sup>. Il dit que les injections sont surtout utiles dans les cas défavorables où l'utérus se contracte et se relâche alternativement, et résiste à tous les efforts déployés pour assurer une rétraction permanente. J'ai encore trop peu expérimenté ce mode de traitement pour me permettre d'en juger les mérites ; je l'ai essayé dans deux ou trois cas, et chaque fois le résultat a certainement dépassé mes espérances. Je ne doute pas que ces irrigations chaudes soient une excellente méthode à ajouter à celles que nous possédons déjà pour le traitement de l'hémorrhagie utérine.

Etat de la vessie.

Le Dr Earle<sup>2</sup> a autrefois signalé que la distension de la vessie empêche souvent l'utérus de se rétracter ; on la videra avec la sonde pour éviter qu'il en soit ainsi.

Tamponnement  
du vagin.

On a eu souvent recours au tamponnement du vagin. Mais je me contente de mentionner ce procédé, en indiquant son inutilité absolue dans tous les cas d'hémorrhagie post partum ; il ne saurait avoir qu'un seul effet, celui d'empêcher l'écoulement du sang au dehors et de le faire accumuler en masse dans la cavité utérine.

Compression  
de l'aorte abdominale.

La compression de l'aorte abdominale est en grande faveur auprès de plusieurs accoucheurs du Continent ; en Angleterre,

1. *Lancet*, 9 février 1878.

2. *Earle's Flooding after Delivery*, p. 163.

elle est peu connue et peu pratiquée. On a objecté, théoriquement, que l'hémorrhagie est surtout veineuse et non pas artérielle, et qu'en comprimant l'aorte on favorise plutôt le reflux du sang veineux dans la veine cave. Cazeaux a très justement remarqué, en tenant compte des rapports anatomiques intimes de l'aorte et de la veine cave, qu'il est fort difficile de comprimer l'un des vaisseaux sans comprimer l'autre. Le retour du sang est donc aussi arrêté à travers la veine cave, et ce fait est en faveur de l'utilité de la compression. Il faut avoir soin de la pratiquer immédiatement, et charger de ce soin un aide à qui l'on montre comment elle doit être appliquée. Elle est surtout utile dans les hémorrhagies soudaines et graves, et, si elle arrête la perte pendant quelques instants, elle nous donne un peu de répit, et nous permet de songer à un autre traitement. On peut donc l'accepter comme un moyen temporaire, et ne pas craindre de s'en servir à l'occasion, car elle a le grand avantage de remplacer momentanément, et sans en empêcher l'emploi, des moyens plus radicaux. La compression est facile à faire, à cause de l'état de laxité des parois abdominales. On sent l'artère battre au-dessus du fond de l'utérus, et on peut la comprimer contre la colonne vertébrale avec trois ou quatre doigts appliqués le long de son trajet. Baudelocque, qui était grand partisan de ce procédé, prétend que, dans plusieurs circonstances, il a arrêté ainsi une hémorrhagie qui avait résisté aux autres moyens, et qu'une fois il a fait lui-même la compression pendant quatre heures consécutives. Cazeaux pense que la compression de l'aorte a un autre avantage : c'est de retenir la masse du sang dans la partie supérieure du corps et de diminuer ainsi la tendance à la syncope et au collapsus. Si l'on pouvait avoir un tourniquet aortique, tel que celui qui sert pour comprimer le vaisseau dans l'anévrisme, on en retirerait un sérieux avantage dans les cas graves.

Lorsque l'hémorrhagie a été excessive et que l'épuisement est considérable, on peut appliquer avec fruit un bandage solide des extrémités, de préférence le bandage élastique d'Es-

Bandage  
des extrémités.



march si on l'a sous la main, pour retenir autant que possible le sang dans le tronc et diminuer ainsi la tendance à la syncope. C'est un expédient temporaire parfois utile dans les hémorragies graves.

Injection d'un  
styptique.

Si tous ces moyens ont échoué, si l'utérus, en dépit de tous nos efforts, se refuse à se rétracter, — et, quoi que nous fassions, cela arrive parfois, — nous n'avons plus à compter que sur un puissant styptique porté directement sur la surface saignante, pour produire la thrombose dans les vaisseaux. « Ce dernier moyen, dit le Dr Ferguson <sup>1</sup>, faisant allusion à l'application des agents hémostatiques, me paraît être la seule ressource dans ces cas d'hémorragie intense où l'utérus flotte sous la main comme une serviette mouillée. Incapable de se rétracter pendant des heures, ne laissant cependant plus suinter une goutte de sang, il n'y a rien entre la vie et la mort, que quelques petits caillots qui obstruent les sinus. » C'est une frêle barrière, en vérité; mais l'expérience de tous ceux qui ont injecté du perchlorure de fer dans ces circonstances nous prouve que c'est un moyen puissant, et son introduction dans la pratique est un des plus grands progrès de l'obstétrique moderne. Bien que ce procédé dans les hémorragies rebelles ne soit pas nouveau, puisqu'on l'employait en Allemagne il y a déjà longtemps, son introduction en Angleterre est incontestablement due aux efforts du Dr Barnes. On a beaucoup insisté sur les dangers de cette pratique, on y a mis même une acrimonie regrettable; mais je ne connais qu'une seule observation concluante de ses mauvais effets. Sa puissance extraordinaire dans l'arrêt immédiat de la plus formidable hémorragie a été démontrée par le témoignage unanime de tous ceux qui l'ont employé. Comme personne ne songe à en faire usage que lorsque tous les moyens pour provoquer la rétraction ont échoué, et comme, dans ces cas, les femmes sont dans un danger imminent, nous serions pleinement justifiés à nous en servir, quand même on nous aurait plus sûrement démontré qu'il peut déterminer des accidents. Il est tou-

1. *Preface to Gooch On Diseases of Women*, p. XLII.

jours juste de chercher à éviter un grand péril, même en courant le risque de tomber dans un moindre. Donc, après avoir vainement essayé tous les procédés, on doit recourir à celui-ci sans perdre de temps. Aucun médecin ne devrait faire un accouchement sans avoir la solution nécessaire avec lui. La meilleure et celle dont l'emploi est le plus facile est le perchlorure de fer liquide de la pharmacopée de Londres, dilué dans six fois son volume d'eau. Une solution plus faible serait moins bonne.

La canule vaginale de l'irrigateur Higginson, dans lequel on a fait circuler préalablement une ou plusieurs fois le liquide pour en chasser l'air, est introduite avec la main jusqu'au fond de l'utérus, et la solution injectée doucement dans la cavité de l'organe. La membrane muqueuse lâche et flasque se rétracte instantanément, tout le sang se coagule au contact du liquide, et l'hémorragie s'arrête immédiatement. Je pense qu'il est bon de s'assurer, avant l'injection, que l'utérus et le vagin sont débarrassés de leurs caillots. Cette précaution avait été négligée dans le seul cas où j'ai vu des symptômes graves suivre l'application du traitement. Le fer avait durci tous les caillots qui étaient restés dans l'utérus, et il se déclara de la septicémie; mais elle disparut après l'écrasement des caillots et un lavage intra-utérin par des injections antiseptiques. Après avoir appliqué ce traitement, toute compression sur l'utérus sera suspendue; nous devons nous rappeler que nous avons abandonné la contraction comme hémostatique, pour avoir recours à la thrombose, et que la compression pourrait détacher ou affaiblir les caillots qui préviennent la perte.

On peut aussi se servir d'autres astringents locaux. La teinture de matico peut rendre des services, bien que je ne sache pas si elle a été essayée. Dupierris a préconisé l'emploi de la teinture d'iode, et rapporte 24 observations où il s'en est servi avec le plus grand succès et sans accident. Mais aucun médicament ne paraît agir aussi rapidement, ni avec autant d'efficacité que le perchlorure de fer.



Hémorrhagie par déchirure des organes maternels.

Je dirai ici un mot des hémorrhagies consécutives à une déchirure du col ou à toute autre lésion des parties molles de la mère après l'accouchement. Duncan rapporte une observation dans laquelle le sang venait d'une déchirure du périnée. Si l'hémorrhagie continue après la rétraction persistante de l'utérus, on devra faire un examen attentif pour rechercher la lésion. Le plus généralement, on trouve la source de l'écoulement au col, et on peut la tarir assez facilement en humectant la partie lésée avec une éponge imbibée d'une solution de perchlorure de fer.

Traitement secondaire.

Le traitement général de l'hémorrhagie *post partum* a son importance. Lorsque la réaction commence, il existe souvent un cortège de symptômes fatigants, tels qu'un violent mal de tête, la crainte de la lumière et du bruit, et une grande prostration nerveuse ; dès que tous ces phénomènes ont disparu, nous avons à combattre les effets plus persistants de l'hémorrhagie profuse. Rien ne vaut l'opium pour dissiper ces symptômes. C'est le meilleur reconstituant qu'on puisse employer ; mais il faut l'administrer à plus haute dose qu'on n'a l'habitude de le faire. On donnera trente ou quarante gouttes de la solution de Battley par la bouche ou en lavement. La femme sera laissée tout à fait calme et tranquille, dans une chambre sombre, à l'abri de toutes espèces de visites d'amis. Elle prendra souvent, mais par petites quantités à la fois, du jus de viande, du consommé, du lait, des œufs battus dans du lait, ou d'autres aliments facilement assimilables. Les stimulants seront administrés selon l'état de la malade : du grog chaud à l'eau-de-vie, du vin de Porto, etc., et on insistera sur le repos au lit, pendant une période plus longue qu'à l'ordinaire. Il est bon de recourir pendant assez longtemps aux médicaments qui agissent sur la constitution du sang, par exemple les diverses préparations de fer, dont l'utilité est reconnue.

Transfusion.

Au chapitre de la transfusion du sang, je parlerai de cette dernière ressource dans les cas désespérés, alors que l'hémorrhagie a été assez considérable pour ne pas laisser d'autre espoir.

Hémorrhagie post partum secondaire.

La plupart du temps, lorsqu'il s'est écoulé, après la délivrance, quelques heures sans hémorrhagie, on peut considérer la femme comme à l'abri de cet accident. Toutefois il n'est pas très rare d'être témoin d'hémorrhagies profuses qui surviennent pendant la convalescence, à une période qui peut varier de quelques heures ou de quelques jours, à plusieurs semaines après l'accouchement. Cet accident est décrit sous le nom d'*hémorrhagie secondaire* ; il n'a pas reçu de la part des accoucheurs toute l'attention qu'il mérite, bien qu'il puisse donner lieu à des symptômes fort graves, quelquefois mortels, et il plane encore une certaine obscurité sur son étiologie. Le traitement en est fort difficile. Nous devons presque toutes nos connaissances sur ce point à un excellent mémoire du Dr Mc Clintock, de Dublin, qui en a recueilli toutes les observations caractéristiques signalées par les différents auteurs, et a décrit les causes qui semblent les plus aptes à faire naître cette hémorrhagie.

Lochies profuses.

Nous devons, tout d'abord, distinguer la véritable hémorrhagie secondaire d'un écoulement exagéré de lochies plus persistant qu'à l'état normal. Ce dernier n'est pas très rare ; on le rencontre surtout dans les cas où l'involution de l'utérus a été entravée, par exemple à la suite d'une fatigue prématurée, par débilité générale, etc. La quantité des lochies varie selon les femmes. Chez quelques-unes, elles durent pendant un mois et même plus longtemps, mais cette persistance ne nous autorise pas à les qualifier d'hémorrhagie. Tout le traitement consistera alors dans le repos prolongé, la malade évitera la position droite, prendra quelques petites doses d'ergot, et, si c'est nécessaire, après quelques semaines, des injections astringentes d'écorce de chêne ou d'alun.

L'hémorrhagie secondaire vraie est souvent soudaine dans son apparition et sérieuse dans ses effets. Mc Clintock en cite six cas mortels, et M. Bassett, de Birmingham<sup>1</sup>, sur treize soumis à son observation, en a vu deux dont la terminaison fut fatale.

1. *Brit. med. Journ.*, 1872.

6 cr bon



Les causes sont constitutionnelles ou locales.

Les causes peuvent être constitutionnelles, ou dépendre d'un état local de l'utérus lui-même.

Parmi les premières, je signalerai un trouble du système vasculaire général, ou des vaisseaux utérins en particulier. L'état des sinus utérins, et la faible barrière qu'offrent les thrombus à l'écoulement du sang, expliquent parfaitement qu'une congestion vasculaire soudaine puisse produire l'hémorrhagie. Ainsi agissent les émotions morales, le passage brusque à la position droite, un effort exagéré, l'abus des stimulants, la constipation, ou le rapprochement sexuel peu de temps après l'accouchement. Mc Clintock cite l'exemple d'une dame qui fut prise d'hémorrhagie profuse le 12<sup>e</sup> jour après son accouchement, en s'asseyant pour la première fois. Se sentant faible après avoir donné le sein, elle prit un peu d'eau-de-vie que lui donna sa garde, et aussitôt il partit un flot de sang « qui inonda tout le lit, pénétra à travers le matelas et forma une mare sur le parquet. » Ici, la position droite, la douleur causée par l'allaitement, et le breuvage stimulant, tout concourut à produire l'hémorrhagie. Dans une autre observation, on attribua l'écoulement au retour inattendu d'un ancien amant, le 8<sup>e</sup> jour après le travail. Moreau insiste surtout sur l'influence d'une congestion locale due à la réplétion du rectum. Une affection constitutionnelle avec débilité générale, et l'appauvrissement du sang peuvent avoir probablement le même effet. Pour Blot, l'albuminurie est une de ces causes, et Saboia signale l'hémorrhagie secondaire comme un symptôme fréquent d'un empoisonnement miasmatique au Brésil, en indiquant comme seul remède le changement d'air et la quinine à hautes doses<sup>1</sup>.

Causes générales.

Causes locales.

Les causes locales paraissent être surtout fréquentes dans la production de l'hémorrhagie secondaire; nous pouvons les classer de la façon suivante :

- 1<sup>o</sup> Rétraction irrégulière et inefficace de l'utérus.
- 2<sup>o</sup> Caillots dans la cavité utérine.
- 3<sup>o</sup> Rétention de portions du placenta ou des membranes.

1. Saboia, *Traité des accouchements*, p. 819.

4<sup>o</sup> Rétroflexion de l'utérus.

5<sup>o</sup> Déchirure ou état inflammatoire du col.

6<sup>o</sup> Thrombose ou hématocele du col ou de la vulve.

7<sup>o</sup> Inversion de l'utérus.

8<sup>o</sup> Tumeurs fibreuses ou polypes de l'utérus.

Nous n'examinerons ici que les quatre premières de ces causes, les autres étant étudiées ailleurs.

Le relâchement de l'utérus et la distension de sa cavité par des caillots peuvent donner lieu à l'hémorrhagie, mais plus difficilement qu'aussitôt après la délivrance, car des caillots d'un volume considérable sont souvent retenus dans l'utérus pendant plusieurs jours après l'accouchement. On trouvera l'utérus plus développé et plus mou à la pression qu'il ne doit l'être. Ordinairement, les caillots sont expulsés avec de vives douleurs, mais il peut se faire qu'ils demeurent dans l'organe et qu'il se déclare une hémorrhagie plusieurs jours après l'accouchement. On peut rencontrer aussi un état de relâchement de l'utérus sans qu'il contienne de caillots. Bassett rapporte quatre observations de ce genre, et on en trouvera quelques-unes dans le mémoire de Mc Clintock.

Relâchement de l'utérus, caillots, etc.

Une cause plus fréquente, c'est la rétention de portions du placenta ou des membranes, négligence de la part de l'accoucheur, surtout s'il a extrait le placenta par traction et sans s'assurer de son intégrité. Mais quelquefois l'accident peut être dû à des circonstances qu'il lui a été impossible d'éviter, par exemple à des adhérences placentaires qui l'ont obligé à laisser dans la matrice des morceaux du délivre, ou, plus rarement, à un placenta succenturia. Dans ce dernier cas, il existe une petite portion supplémentaire de placenta développée entièrement en dehors de la masse; c'est cette portion qui peut être abandonnée dans l'utérus sans que l'accoucheur en soupçonne nullement l'existence. Il est facile de laisser dans l'utérus des portions de membranes. C'est pour éviter cet accident qu'on doit les tordre en corde, et les extraire très doucement après l'expression du placenta. L'hémorrhagie consécutive à ces causes ne paraît pas

Portions du placenta ou des membranes.