

l'enveloppe de façon à former un kyste ou une capsule secondaire dans laquelle les vaisseaux maternels sont largement développés, et qui s'étend, *pari passu*, avec le développement de l'œuf (fig. 79). L'épaisseur et la résistance de ce kyste varient dans les différents cas ; quelquefois il forme une enveloppe solide et complète à l'œuf ; parfois il est très-mince et seulement partiellement développé, mais il est rare qu'il manque complètement. Comme il existe un vaste espace pour le développement de l'œuf, et comme le kyste secondaire se distend en



Fig. 79. — L'utérus et le fœtus dans un cas de grossesse abdominale.

général et se développe en même temps que lui, la plupart des grossesses abdominales progressent sans symptômes extraordinaires, excepté de fortes crises de douleurs, jusqu'au terme de la grossesse. Quelquefois cependant, le kyste se déchire, et il y a un épanchement de sang dans la cavité abdominale, accompagné de plus ou moins de prostration et de collapsus, pouvant devenir mortels, mais dont la femme se relève presque toujours. Le fœtus, maintenant mort, restera dans l'abdomen, subira les mêmes modifications et produira les mêmes résultats que dans les grossesses qui arrivent à terme et dont je vais parler.

Faux travail.

Dans la plupart des grossesses qui arrivent à terme, il se produit une étrange série de phénomènes : un pseudo-travail

avec des contractions utérines plus ou moins fréquentes et plus ou moins fortes, un écoulement de sang par le vagin, la chute de la caduque utérine et même l'établissement de la lactation. Quelquefois les contractions des muscles abdominaux, provoquées par ce travail sans effet, ont été assez fortes pour déterminer la déchirure du kyste adventice enveloppant le fœtus, et un écoulement de sang et de liquide amniotique dans la cavité abdominale, suivi rapidement d'un résultat fatal. Plus fréquemment, la déchirure n'a pas lieu, le faux travail et les douleurs continuent à intervalles, jusqu'à ce que le fœtus meure, peut-être par compression, mais le plus souvent par suite d'un épanchement sanguin dans le tissu placentaire, et par conséquent d'asphyxie. Quelquefois le fœtus a vécu un temps considérable, plusieurs mois même après les limites de la grossesse à terme.

C'est après la mort du fœtus que commencent généralement les dangers de la grossesse abdominale, et ils sont nombreux. Les modifications qui surviennent ultérieurement sont bien dignes d'être étudiées. Quelquefois le fœtus est resté dans l'abdomen pendant longtemps, même jusqu'à la fin d'une longue vie, sans causer de troubles sérieux et sans empêcher la production de plusieurs grossesses et délivrances normales ultérieures ; mais lorsque la grossesse extra-utérine paraît être tolérée et s'est prolongée sans aucun accident, il peut se développer soudainement des symptômes sérieux ; aucune femme, dans de telles circonstances, ne doit donc être considérée comme en sûreté. La condition de ces fœtus ainsi emprisonnés varie beaucoup. Le plus communément, le liquide amniotique est résorbé, le fœtus se rétracte et meurt ; toute sa substance molle est changée en une masse grasseuse, et ses os seuls demeurent intacts. Quelquefois ces modifications surviennent avec une grande rapidité. J'ai rapporté ailleurs¹ un cas de grossesse extra-utérine dans lequel, au terme de la grossesse, le fœtus était vivant ; la femme mourut moins d'une année après. A

Modifications après la mort du fœtus.

Changements subis par le fœtus.

1. *Obst. Trans.*, vol. VII.

l'autopsie, le fœtus fut trouvé complètement transformé en une masse grasseuse d'adipocire attachée aux os fœtaux, et dans laquelle on ne put rencontrer la moindre trace des parties molles. D'un autre côté, le fœtus peut rester intact ; au musée du collège des Chirurgiens, il y en a un qui resta dans l'abdomen pendant 52 ans et qui fut trouvé aussi frais et aussi complet qu'un enfant nouveau-né. Dans d'autres cas, le sac et son contenu s'atrophient et se rétrécissent, et une matière calcaire s'y dépose, de telle sorte que le tout se convertit en une masse solide connue sous le nom de *lithopœdion* (fig. 80). Mais il est tout à fait exceptionnel que la rétention du fœtus ne cause aucun accident. En général, il se putréfie et peut donner lieu immédiatement à une péritonite mortelle, ou à la septicémie, ou bien, comme cela arrive plus communément, à une inflammation secondaire et à la suppuration du sac. Sous l'influence de cette suppuration, le sac s'ouvre à l'extérieur, soit directement en un point quelconque des parois abdominales, soit indirectement à travers le vagin, les intestins ou même la vessie. A travers l'ouverture ou les ouvertures ainsi formées (car il y a souvent plusieurs trajets fistuleux), il s'écoule du pus, les os et d'autres parties du fœtus morcelé, et cela peut durer des mois et même des années, jusqu'à ce qu'enfin, si les forces de la femme le permettent, la totalité du contenu du kyste est expulsée, et la guérison se fait. Il ressort de diverses statistiques que les chances de guérison sont plus grandes lorsque le kyste s'ouvre à travers les parois abdominales, puis à travers le vagin et la vessie, et que le fœtus est expulsé avec beaucoup plus de difficultés et de dangers lorsque l'ouverture est dans l'intestin. Mais, dans

Dans la plupart des cas il est expulsé par morceaux.

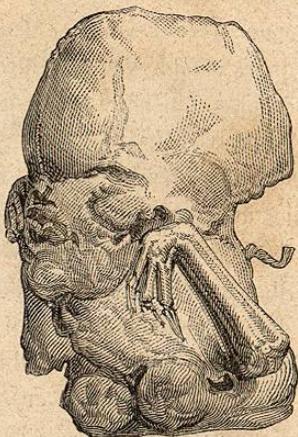


Fig. 80. — Lithopædion (au musée du collège des Chirurgiens).

les cas les plus favorables, la marche est longue, pénible et pleine de dangers, et la malade succombe trop souvent pendant la durée de l'expulsion, par suite de l'irritation et de l'épuisement que produit cette suppuration abondante et intarissable.

Le diagnostic de la grossesse abdominale est loin d'être aussi facile qu'on pourrait le croire, et les praticiens les plus consommés ont commis des erreurs. Le symptôme le plus caractéristique, quoiqu'il ne soit pas si commun que dans la grossesse tubaire, est la métrorrhagie unie aux signes généraux de la grossesse. Les crises de douleurs abdominales très-vives et fréquemment répétées manquent rarement et peuvent faire naître le soupçon, surtout si elles sont associées à l'hémorrhagie. Elles semblent dépendre d'attaques intercurrentes de la péritonite, qui contribue à former le kyste fœtal. Au palper abdominal, on trouve la forme de l'abdomen différente de celle de la grossesse normale ; il est généralement plus développé dans le sens transversal, et il est impossible de reconnaître la tumeur arrondie de l'utérus gravide. Lorsqu'on est près du terme, la netteté avec laquelle on peut sentir les membres fœtaux fera naître le soupçon. Par le vagin, on sent l'orifice et le col ramollis comme dans la grossesse normale, mais souvent déplacés par la pression du kyste, et quelquefois fixés par des adhérences péri-utérines ; chacun de ces signes a une grande valeur diagnostique.

A l'examen bi-manuel, il peut être possible de reconnaître que l'utérus n'est pas très-développé et qu'il est distinctement séparé de la masse de la tumeur ; ce fait, si on le retrouve, démontre de lui-même qu'il n'y a pas de grossesse utérine. Le diagnostic serait facilité dans quelques cas par la sonde utérine, qui démontrerait la vacuité et le peu de développement de l'utérus, tandis qu'on découvrirait les membres fœtaux et qu'on percevrait les bruits du cœur. Mais nous ne devons pas trop recourir à ce moyen, à moins que l'existence de la grossesse utérine ait été positivement écartée. Lorsque le diagnostic n'est

Diagnostic.

plus douteux, on pourra toujours s'en servir pour déterminer le choix du procédé opératoire.

Traitement.

Le traitement de la grossesse abdominale devra toujours être discuté avec une sérieuse attention, et les chirurgiens diffèrent beaucoup d'opinion sur la conduite à tenir. Il est à peu près généralement admis qu'il est inutile de prendre aucune mesure active, jusqu'à l'entier développement de la grossesse. La ponction du kyste, en vue de détruire le fœtus et d'arrêter son développement, a été pratiquée; mais il y a de bonnes raisons pour la rejeter, car les risques de mort imminente par rupture du kyste ne sont plus aussi grands que dans la grossesse tubaire; et, quand même la mort du fœtus serait obtenue, il resterait encore les dangers formidables de son élimination ultérieure ou d'une hémorragie interne.

Lorsque le terme est arrivé, l'enfant étant encore vivant, comme le prouve l'auscultation, nous avons à considérer s'il ne serait pas opportun de pratiquer la gastrotomie avant que le fœtus ne périsse et de sauver au moins la vie de l'enfant. Mais il y a des questions plus importantes et plus difficiles à résoudre. Velpeau, Kiwisch, Kœberlé, Schröder et plusieurs autres auteurs, dont l'opinion a naturellement un grand poids, penchent plutôt en faveur de l'opération immédiate. Elle offre la presque certitude de sauver l'enfant, et les risques que court la mère, quoique toujours considérables, ne sont pas plus grands que ceux auxquels elle est exposée par la temporisation. Nous devons considérer que le kyste peut être rompu pendant les efforts inutiles du travail, et que la mort en découlera, ou bien, si elle ne survient pas, il est d'autres dangers qu'on ne peut prévoir et qui menacent toujours la malade. Elle peut être emportée par une péritonite, ou mourir d'épuisement consécutif aux efforts d'élimination qui se font tôt ou tard dans la grande majorité des cas, de telle sorte que Barnes dit avec raison : « La vie de la femme est toujours exposée à des accidents que nous sommes impuissants à éviter. » D'un autre côté, si nous temporisons, tandis que nous sacrifions tout espoir de sauver

l'enfant, nous laissons au moins à la mère la chance de voir sa grossesse persister sans accident pendant un temps très-long, comme cela arrive fréquemment. Ainsi Campbell a rassemblé 62 observations de guérison définitive après une grossesse abdominale; dans 21 cas, le fœtus avait été retenu sans provoquer de troubles pendant un certain nombre d'années. Mais alors surgit la question de la gastrotomie secondaire, qui consiste à opérer après la mort du fœtus lorsque des symptômes urgents se sont manifestés. C'est un procédé préconisé par Hutchinson. On espère que la temporisation permettra à l'inflammation de se développer autour du kyste, augmentant ainsi les chances de rencontrer entre lui et les parois abdominales des adhérences qui isoleront son contenu de la cavité du péritoine. Plus ces adhérences sont solidement établies, plus sont grandes les chances de guérison pour la femme. Lorsque le fœtus est mort depuis quelque temps, la vascularité du kyste est également diminuée, la circulation placentaire a cessé, et les dangers d'hémorragie sont beaucoup moins à craindre.

On voit donc qu'il y a des arguments en faveur des deux opinions. Les résultats de l'opération primitive sont beaucoup moins satisfaisants que je ne l'avais supposé *à priori*. Depuis la première édition de cet ouvrage, le Dr Parry a publié un travail extrêmement soigné sur la *Grossesse extra-utérine*, dans lequel il démontre que les grossesses abandonnées à elles-mêmes, jusqu'à ce que la nature ait tracé la voie d'élimination, sont bien moins souvent mortelles (17,35 pour 100 de différence) que celles qui ont été opérées primitivement. « Il en conclut que l'opération primitive ne saurait être trop condamnée. Elle ne fait qu'ajouter un autre danger à ceux qui menacent la vie de la mère, sans offrir à l'enfant autre chose que des chances très-incertaines. » Mais il est juste de se rappeler que de nos jours, où la chirurgie abdominale a fait de grands progrès, ainsi que l'a signalé Keller, nous pouvons espérer un meilleur résultat qu'à l'époque où la gastrotomie

Arguments en faveur de la gastrotomie secondaire.

était pratiquée un peu au hasard, avant que nous ayions profité de l'expérience des ovariologistes. Sans aucun doute les dangers seront bien diminués par un soin minutieux dans l'accomplissement de l'opération, et une attention soutenue dans les détails, en évitant, autant que possible, le passage du sang et du contenu du kyste dans la cavité du péritoine.

Méthode opératoire.

L'opération devra donc être faite avec toutes les précautions dont on entoure l'ovariotomie. L'incision, pratiquée de préférence sur la ligne blanche, ne devra pas être plus grande qu'il ne faut pour l'extraction du fœtus; on l'agrandirait au besoin. S'il n'y a pas d'adhérences, les parois du kyste seront attirées jusqu'au bord de l'incision, de façon à l'isoler aussi complètement que possible de la cavité péritonéale. Le Dr Braxton Hicks a particulièrement insisté sur ce point, qui ne doit jamais être négligé. Une autre règle essentielle, aussi bien dans la gastrotomie primitive que dans la gastrotomie secondaire, c'est de ne pas faire de tentative d'extraction du placenta. Ses attaches sont en général si profondément scellées et si diffuses, que la moindre tentative pour les séparer expose à une hémorrhagie profuse et grave, ou à des lésions sérieuses dans les tissus sur lesquels il est inséré. On peut attribuer à la négligence de cette règle bien des accidents consécutifs à l'opération. Le meilleur parti à prendre ultérieurement, après avoir extrait le fœtus, et arrêté toute hémorrhagie, soit par la ligature, soit par le cautère actuel, est d'éponger le kyste avec le plus grand soin, puis d'amener la partie supérieure de la plaie en contact par des sutures, laissant la partie inférieure ouverte, avec le cordon pendant, pour assurer un passage au placenta après sa chute. Le traitement consécutif doit surtout être dirigé en vue de cette expulsion et des risques de la septicémie. On remplira ces indications par des injections de liquides antiseptiques, telles qu'une solution d'acide phénique ou de liquide dilué de Condé¹, et il serait peut-être utile de placer un tube à drainage dans l'angle inférieur de la plaie. On peut dire qu'il

Il est important de ne pas rompre les attaches du placenta.

1. Le liquide de Condé est une solution de permanganate de potasse.

n'y a pas d'opération dans laquelle l'application scrupuleuse de la méthode antiseptique des principes de Lister puisse être aussi utile.

Aussi longtemps que le placenta n'est pas sorti, le danger est toujours grand, et il peut se passer plusieurs jours, plusieurs semaines même avant son expulsion. Lorsqu'elle est produite, on doit attendre que le sac se contracte, et même se ferme complètement.

Si le fœtus est mort, ou si nous ne nous sommes pas décidés à pratiquer la gastrotomie primitive, il est bon d'attendre, en surveillant soigneusement la malade, qu'il se soit déclaré des symptômes généraux graves, ou que quelque indication positive du trajet à travers lequel la nature cherche à éliminer le fœtus nous montre que le moment d'agir est arrivé. S'il existe une saillie distincte du kyste dans le vagin ou dans le cul-de-sac recto-vaginal, et surtout s'il s'y est formé une ouverture, nous pouvons nous contenter de faciliter le passage du fœtus à travers le conduit ainsi indiqué, et d'enlever les parties qui se présentent en lambeaux à mesure qu'elles arrivent, agrandissant l'ouverture avec précaution si c'est nécessaire. Si le sac s'est ouvert dans l'intestin, l'expulsion du fœtus à travers ce canal est si pénible et si difficile, l'épuisement qui en résulte est si souvent fatal, et le danger de la décomposition du fœtus pendant son passage à travers les gaz intestinaux si grand, qu'il vaudrait probablement mieux essayer de l'extraire par la gastrotomie, surtout s'il n'est mort que depuis peu, et encore en grande partie dans la cavité abdominale.

S'il se forme une ouverture aux parois abdominales, ou si les symptômes nous déterminent à pratiquer la gastrotomie secondaire avant que cette ouverture ne soit faite, l'opération doit être entreprise de la même manière et avec les mêmes précautions que la gastrotomie primitive. Ici, comme avant, le succès de l'opération dépendra beaucoup de la quantité et de la solidité des adhérences; car, si le kyste n'est pas complètement isolé de la cavité péritonéale, les risques seront un peu

Traitement après la mort du fœtus.

Gastrotomie secondaire.

Recherche
des adhérences.

moindres que ceux de la gastrotomie primitive. Notre décision et notre pronostic seraient certainement modifiés si nous pouvions déterminer ce point avant d'opérer. Malheureusement il est impossible, comme le prouve l'expérience des ovarioto-mistes, de déterminer l'existence d'adhérences avec quelque certitude. Si cependant nous trouvons que les parois abdominales ne remuent pas librement par-dessus le kyste, et si l'ombilic est déprimé et fixe, il y a de fortes présomptions en faveur de l'existence des adhérences. Si l'on n'en trouve pas, les parois du kyste seront appliquées aux bords de l'incision, de la manière déjà indiquée, avant d'enlever son contenu.

Si le fœtus est mort depuis longtemps, et ses organes très-altérés, il peut être difficile de l'extraire. Chez la femme que j'ai soignée et dont j'ai déjà parlé, les tissus du fœtus ne formaient qu'une masse visqueuse, de telle nature que je crois qu'il eût été impossible de vider le kyste, si l'on eût tenté cette opération. Ce serait là, dans une certaine mesure, un autre argument en faveur de l'opération primitive.

Ouverture du kyste
par les caustiques.

L'importance des adhérences a poussé quelques praticiens à recommander l'ouverture du kyste par la potasse ou quelque autre caustique, dans l'espoir qu'il se formerait une inflammation adhésive autour des ouvertures ainsi faites. On rapporte quelques opérations tentées avec succès par ce moyen, et il serait bon de l'employer si l'extrême mobilité du kyste nous permettait de soupçonner qu'il n'existe pas d'adhérences. Si nous sommes en présence d'un cas dans lequel il y a des ouvertures fistuleuses déjà formées conduisant au kyste, il vaudra mieux les dilater que de faire une nouvelle incision; mais alors le chirurgien sera naturellement guidé par la nature, le caractère et la direction de ces trajets.

Il n'est guère nécessaire de parler du traitement général dans ces cas; l'administration des opiacés pour alléger les souffrances de la femme, et une nourriture convenable pour l'aider à remonter ses forces vitales mises sévèrement à contribution, en formeront la partie la plus importante.

Grossesse dans un
utérus bilobé.

Je dirai quelques mots de la gestation dans une corne rudimentaire d'un utérus bilobé; dans ces dernières années, l'attention a été considérablement dirigée sur cette forme de grossesse par les écrits de Kussmaul et autres. Il paraît certain que bien des cas supposés de grossesse tubaire doivent être réellement rapportés à cette catégorie. Ces variétés offrent quelque intérêt pathologique; mais elles exigent à peine quelque discussion au point de vue pratique, d'autant que leur histoire est à peu près identique à celle de la grossesse tubaire. La corne rudimentaire est distendue par l'œuf qui se développe, et après un certain temps, la distension étant arrivée à son maximum, la déchirure se produit. Les treize observations rassemblées par Kussmaul se sont terminées de cette façon, et à l'examen cadavérique il est souvent extrêmement difficile de les distinguer de la grossesse tubaire. Le meilleur moyen d'y parvenir est d'observer les rapports des ligaments ronds avec la tumeur; si c'est une grossesse tubaire, ils se trouveront attachés du côté interne ou utérin du kyste; si au contraire la grossesse a lieu dans une corne rudimentaire de l'utérus, ils seront repoussés en dehors, à la partie externe du sac.

Dans ce dernier cas, le sac contiendra probablement une caduque vraie, qui n'existe pas dans la grossesse tubaire. Le seul point par lequel les grossesses diffèrent l'une de l'autre, c'est que dans celle de la corne la rupture peut être retardée plus longtemps que dans celle de la trompe, à cause de la plus grande extensibilité de la corne supplémentaire.

La dénomination de *faux travail* est appliquée à certains cas excessivement rares, dans lesquels, au terme de la grossesse, le travail, ou bien ne se déclare pas, ou bien se suspend après la production de quelques douleurs, le fœtus restant dans l'utérus pendant un temps considérable.

Faux travail.

Dans de telles circonstances, il arrive ordinairement que les membranes se rompent, à terme ou à peu près, et que l'introduction de l'air dans l'utérus est suivie de la décomposition du fœtus. Il se produit un écoulement putride et grave, et quel-

Ses signes.

quelques fois des portions désagrégées du fœtus sont expulsées par le vagin. Cet écoulement peut persister jusqu'à l'expulsion complète et graduelle du fœtus; mais, plus fréquemment, la femme meurt de septicémie ou d'un autre effet secondaire de la présence de cette masse décomposée dans l'utérus.

Ainsi Me Clintock relate ¹ un cas dans lequel les symptômes du travail survinrent chez une femme de 45 ans, au moment où elle attendait sa délivrance, mais disparurent sans amener l'expulsion de l'enfant. Pendant une période de 67 semaines, il y eut un écoulement extrêmement fétide, entraînant quelques débris osseux, et elle mourut avec les symptômes de la pyoémie. Il cite également un autre cas dans lequel la femme mourut de la même façon après une rétention du fœtus pendant onze ans.

Ulcération des parois utérines.

Quelquefois, lorsque le fœtus est resté pendant très-long-temps, il vient s'ajouter une autre source de danger, l'ulcération ou la destruction des parois utérines, consécutive probablement à des essais inefficaces d'élimination. Ce fut ce qui arriva dans le cas du Dr Oldham, la masse contenue dans l'utérus avait presque usé la paroi antérieure. De même dans l'observation rapportée par sir James Simpson ², où la femme mourut trois mois après l'époque de son terme, le fœtus ayant subi une métamorphose graisseuse, et une ouverture de la grandeur d'une demi-couronne s'étant faite entre le colon transverse et la cavité utérine. Il paraît que les parois utérines étaient aussi minces que du parchemin. Mais dans quelques cas rares, probablement lorsque l'entrée de l'air a été empêchée, le fœtus est resté pendant très-longtemps sans se décomposer et sans donner lieu à aucun symptôme grave. Le Dr Cheston ³ en rapporte un exemple et dit que le fœtus fut retenu pendant 52 ans dans la cavité utérine.

Les causes ne sont pas bien définies.

Les causes de cet étrange phénomène sont encore inconnues.

1. *Dublin Quart. Journ.*, feb. and may 1864.
2. *Edin. med. Journ.*, 1865.
3. *Med. chir. Trans.*, 1814.

En général, le fœtus paraît être mort quelque temps avant l'époque du terme et peut avoir influencé le caractère des douleurs. Les femmes d'une constitution faible et molle y sont probablement plus sujettes, surtout lorsqu'il y a quelque obstacle à la dilatation du col et que les douleurs sont impuissantes à le surmonter. Barnes ¹ croit que quelques cas présumés de

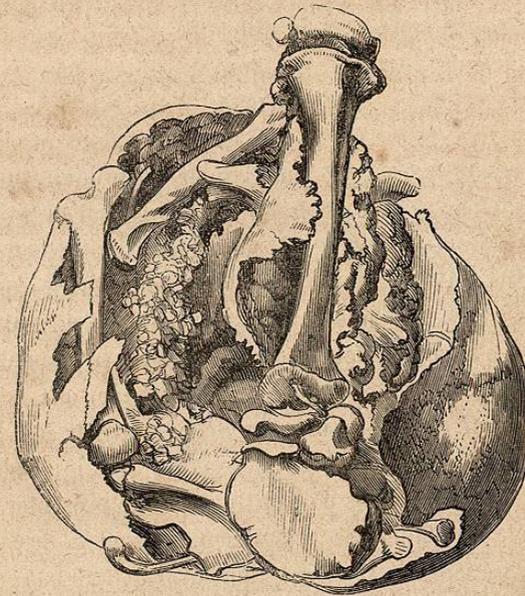


Fig. 81. — Contenu du kyste dans le cas de faux travail du docteur Oldham.

faux travail « étaient en réalité des grossesses interstitielles, ou des grossesses dans une corne d'un utérus bilobé. » Dans quelques cas cependant, les détails de l'examen cadavérique furent trop minutieux pour admettre qu'on ait commis cette erreur.

De tout cela, il résulte que cet état pathologique offre des dangers considérables, et, lorsque le terme de la grossesse est sûrement passé, il est urgent de vider l'utérus aussitôt que possible, surtout s'il existe un écoulement fétide faisant soup-

Le pronostic est grave.

1. *Diseases of Women*, p. 445.

çonner la décomposition du fœtus. Mais il ne faut pas décider trop vite que le terme est réellement passé, et il est indispensable de laisser écouler un temps suffisant pour avoir la certitude d'être en présence d'un cas de cette nature, à moins d'observer des signes non équivoques de la mort du fœtus, et des atteintes à la santé de la mère. Si nous avions à intervenir dans ce cas, avant la décomposition du fœtus, nous trouverions probablement peu de difficultés dans le traitement; il y aurait lieu de dilater le col avec des dilateurs de Barnes et d'extraire le fœtus par la version; mais, avant d'agir ainsi, nous pourrions essayer d'exciter les contractions utérines par la compression et l'ergot, dans l'espoir de produire des douleurs. Toutefois, si nous n'observons pas la malade avant que la désagrégation du fœtus ait commencé, l'intervention sera plus difficile. Si le fœtus est morcelé au point d'être expulsé en lambeaux, le Dr Mc Clintock dit que, « en fait de traitement, nos mesures seront surtout palliatives : elles se borneront aux bains de siège pour modérer l'irritation utérine, aux injections vaginales pour entretenir la propreté et prévenir les excoriations; de temps en temps, à un examen avec le doigt, pour rechercher les fragments d'os qui peuvent se présenter à l'orifice du col, et faciliter leur extraction. Ce sont là des moyens tout à fait rationnels, et on ne pourrait peut-être pas en justifier d'autres; néanmoins, en certaines circonstances, je n'hésiterais pas à dilater l'orifice du col pour essayer d'examiner l'intérieur de la matrice et extraire quelques fragments d'os facilement accessibles; mais, à moins qu'ils ne soient aisément atteints et extraits, le procédé le plus sûr serait de temporiser¹. »

Traitement.

En présence des suites redoutables de cet accident, je crois qu'on peut se demander s'il ne serait pas plus raisonnable de faire une tentative sérieuse, avec le chloroforme, pour enlever le plus possible du contenu putréfié de l'utérus, après en avoir largement dilaté l'orifice. Un semblable procédé serait moins

1. *Dublin Quart. Journ.*, vol. XXXVII, p. 314.

irritant que des tentatives fréquemment répétées pour extraire des portions détachées du fœtus, à mesure qu'elles se présentent à l'orifice du col. Lorsque l'orifice est dilaté, des injections intra-utérines antiseptiques, avec le liquide dilué de Condé, pourront être faites en toute sûreté et avec avantage. Incontestablement, il serait d'une meilleure pratique d'intervenir et de vider l'utérus aussitôt que nous sommes fixés sur la nature de l'accident, au lieu d'attendre que le fœtus ne soit désagrégé.