il a été dit. Puis faire l'insufflation soit avec la bouche, soit avec la poire en caoutchouc.

Les insufflations doivent être faites lentement toutes les 8 ou 10 secondes.

Observer si le thorax se dilate pendant l'insufflation, ce qui prouve que le tube est bien en place.

Fig. 308. — Manœuvre de Schultze, 1er temps : inspiration.

Si on l'introduit dans l'œsophage, l'estomac et l'intestin se ballonnent, ce qui gêne le fonctionnement du diaphragme.

Pour éviter le retour de l'air par la bouche et les narines, fermer ces ouvertures avec une compresse fine, que la main applique hermétiquement. Tenir chaudement l'enfant.

Pendant l'insufflation, un aide peut utilement relever les bras pour agrandir la cage thoracique et dessiner un mouvement d'inspiration ; de même des pressions méthodiques sur la poitrine rendent l'expiration plus profonde.

Continuer les insufflations, jusqu'à ce qu'il se produise huit à dix inspirations spontanées par minute et que l'enfant crie. Il faut quelquefois s'obstiner pendant plus d'une heure. Il est rare cependant, s'il faut prolonger plus longtemps l'insufflation, qu'on obtienne un résultat.

On peut également pratiquer la manœuvre de Schultze (fig. 308 et 309).

Lorsque les battements du cœur ont complètement cessé, il n'y a plus d'espoir ; tant qu'ils persistent il faut continuer.

Fig. 309. — Manœuvre de Schultze, 2e temps : expiration

Quand l'enfant commence à respirer, le plonger dans un bain très chaud ou sinapisé, frictions chaudes et alcooliques, pratiquées énergiquement sur le thorax, flagellation, titillation du pharynx.

ALLAITEMENT

ALLAITEMENT MATERNEL

Toute femme saine doit allaiter son enfant (Pinard).

L'allaitement s'impose, lorsque la mère est syphilitique depuis longtemps ou que le père a présenté des accidents peu avant la conception ; l'enfant pourrait infecter sa nourrice.

L'allaitement est contre-indiqué, quand la mère présente une affection organique du cœur, des poumons (tuberculose surtout), du cerveau. L'albuminurie gravidique n'est pas une contre-indication (Pinard), lorsqu'elle est transitoire ; mais elle en est une, lorsqu'elle est permanente.

La première tétée aura lieu six à dix heures après l'accouchement.

Au début, la mère donnera les deux seins à chaque tétée ; plusieurs jours après, elle n'en donnera qu'un ; les tétées doivent être régulières, espacées de deux heures dans la journée, de quatre à six heures la nuit.

La nourrice mangera de tout, sauf asperges, ails, oignons ; boissons recommandées : bière, vin coupé d'eau ; s'abstenir d'alcool ; café, thé en quantité modérée.

Soins de propreté extrême des mamelons. — Les recouvrir d'une compresse, bouillie dans l'eau boriquée, recouverte de taffetas imperméable et maintenue par une bande de flanelle, qu'on enlève au moment des tétées.

Nettoyer avec un tampon boriqué les lèvres de l'enfant. On évite ainsi les lymphangites et les abcès du mamelon.

ALLAITEMENT PAR UNE NOURRICE

Choix de la nourrice. — **Examen de l'enfant.** — L'enfant doit être bien conformé, sans manifestations syphilitiques à la bouche, à l'anus, à la plante des pieds, à la paume des mains, au scrotum.

S'assurer que l'enfant a été élevé exclusivement au sein et qu'il est bien portant.

Qualités d'une bonne nourrice. — Ne prendre qu'une nourrice accouchée depuis 4 à 5 mois.

Les seins, de volume moyen, pas trop gros, parcourus de nombreuses veines, à mamelon bien conformé, sans excoriations, ni gerçures, indiquent une bonne nourrice.

La dentition en bon état permet une bonne digestion et met la nourrice à l'abri des douleurs et des fluxions.

Il ne doit exister aucune trace de scrofule : blépharite, kératite, adénite cervicale, écrouelles, otorrhée. On ne doit trouver aucun stigmate de syphilis. Les amygdales ne doivent pas présenter l'hypertrophie folliculaire, signe d'angines à répétition.

L'auscultation de la poitrine ne révèlera ni pleurésie ancienne, ni lésion des sommets, ni affection organique du cœur.

L'examen de l'abdomen prouvera l'intégrité du foie, de l'estomac. Il n'y aura ni métrorragies, ni endolorissement des culs-de-sac.

L'urine ne contiendra ni sucre, ni albumine.

On doit aussi avoir beaucoup d'égard aux qualités morales (Baudelocque).

ALLAITEMENT ARTIFICIEL

Le lait doit être stérilisé.

Le lait le plus communément employé est le lait de vache, le lait de chèvre et le lait de brebis.

Procédés divers de stérilisation.

1° **Stérilisation absolue.** — Par chauffage du lait immédiatement après la traite à 110°, dans des flacons hermétiquement fermés : ils peuvent se conserver pendant plusieurs semaines. Cette stérilisation se fait industriellement.

Pour s'en servir, chauffer le flacon au bain-marie, y ajouter une cuillerée de sucre en poudre.

« Aucune des objections de principe adressées à la stérilisation du lait n'est suffisante pour empêcher qu'on ne s'en serve dans l'allaitement artificiel. Si on choisit un lait de bonne marque, stérilisé depuis peu de temps, si on examine avec soin chaque bouteille débouchée, on peut le donner en toute confiance. » (Marfan).

2° **Pasteurisation.** — Chauffage du lait à 80°. Il se conserve très peu de temps ; stérilisation imparfaite.

3° **Ebullition.** — Faire bouillir le lait pendant cinq minutes ; Boucher hermétiquement les flacons ;

Le lait doit être consommé dans la journée.

4° **Chauffage au bain-marie à 100 degrés** — Le lait, *aussitôt après la traite*, est réparti dans des flacons d'une contenance moyenne de 150 à 250 grammes, stérilisés préalablement eux-mêmes par l'ébullition prolongée. Les flacons remplis sont mis dans une marmite pleine d'eau, que l'on porte à l'ébullition pendant quarante minutes. On laisse refroidir. Alors les flacons s'obturent, grâce à une fermeture automatique (appareil de Budin et Chavane).

Le lait doit être consommé dans les 24 heures.

Coupage du lait. — Pendant les cinq premiers jours, couper le lait de vache avec la moitié d'eau.

Du cinquième jour au sixième mois, couper le lait avec un tiers d'eau ; l'eau de coupage doit contenir 10 pour 100 de lactose cristallisée du commerce.

Après le sixième mois, donner du lait pur.

GROSSESSE GÉMELLAIRE

Symptômes. — **Interrogatoire.** — Troubles digestifs et nerveux plus accusés ; phénomènes de compression plus intenses, varices, œdème sus-pubien, dyspnée.

Inspection. — Développement du ventre, disproportionné avec l'âge de la grossesse.

Palper. — Tension permanente de la paroi utérine. La perception de trois pôles fœtaux suffit au diagnostic ; de même la constatation de deux plans dorsaux. Les fœtus sont verticaux (fig. 310) ou en T (fig. 311).

Auscultation. — Double foyer net de battements (signe de valeur restreinte).

Accouchement. — 1° **Accouchement successif.** — Les deux fœtus s'engagent et se dégagent successivement.

2° **Accouchement simultané.** — Ils s'engagent simultanément et créent une variété spéciale de dystocie. Dans ce dernier cas, on ne pourra se renseigner que par le toucher en introduisant la main entière dans le vagin.

Fig. 310. — Deux fœtus verticaux.

Fig. 311. — Deux fœtus en T.

Conduite a tenir. — D'une manière générale, si l'un des fœtus a succombé, le réduire par embryotomie ou éviscération.

Si les deux têtes se présentent ensemble, refouler l'une d'elles avec la main.

Si on trouve au détroit supérieur des membres et une tête, réduire les membres, appliquer le forceps sur la tête.

Si les deux sièges se présentent, réduire l'un d'eux, attirer un membre ; se garder de tirer sur plus d'un membre à la fois.

Délivrance. — Après naissance du premier enfant, il faut lier le cordon, du côté maternel comme du côté fœtal.

Ne pas laisser le col se refermer, sinon crever la deuxième poche des eaux.

Après sortie du deuxième enfant, surveiller l'utérus et laisser la délivrance se faire spontanément.

Si la femme perd *du sang*, délivrance artificielle.

PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE

Troubles nerveux. — ***Traitement.*** — **Chorée gravidique.** — Bromure de potassium, hydrate de chloral, morphine; toniques, préparations ferrugineuses et arsénicales ; antipyrine à haute dose, drap mouillé.

Dans les cas graves, avortement ou accouchement prématuré.

Folie gravidique. — Isolement, hydrothérapie, toniques, calmants.

Troubles digestifs. — ***Traitement.*** — **Contre la gingivite.** — Enlever le tartre, brossage fréquent des dents, tous les jours déposer sur les dents un peu de :

Hydrate de chloral. . . . . } ãã parties égales.
Alcoolat de cochléaria. . . . }

Lavages avec le chlorate de potasse ; attouchement légers avec la teinture d'iode.

Contre l'odontalgie. — Soins des dents cariées, enlever les chicots, plomber les dents partiellement saines ; médication calmante (opiacés, quinine, chloral).

Contre le ptyalisme. — Gargarismes amers ; gentiane ou rhubarbe dans la bouche

Contre les vomissements dits incoercibles. — Varier les aliments liquides ou solides qui sont tolérés. Viande crue. Lavements nutritifs. Limonades gazeuzes, eau de Seltz, eau glacée, glace pilée avant les repas, potion de Rivière, perles d'éther ; teinture d'iode alcoolisée (5 à 10 gouttes dans 1/2 verre d'eau sucrée à prendre par cuillerées) :

Teinture d'iode. . . . . 1 gr.
Alcool rectifié . . . . . 5 —
Mêlez.

Teinture de noix vomique, 2 gouttes toutes les heures, dans un peu d'eau ; extrait thébaïque (0,025) un quart d'heure avant chaque repas ; kirsch ou élixir de Garus, après le repas.

Vésicatoire morphiné ou injections hypodermiques à l'épigastre ; irrigations d'éther sur l'épigastre ; quarts de lavements laudanisés (30 à 40 gouttes) ; eau-de-vie, champagne frappé, quinine, liqueur ou élixir de pepsine, grog chaud (Fonssagrives) ; suppositoires morphinés (0,01 à 0,05), introduits dans le vagin.

Repas nombreux, mais peu copieux, froids ; lait.

Extrait de quinquina. . . . . 2 gr.
Chlorhydrate de morphine . . . . . 0 — 20.
F. s. a. 20 pilules : une matin et soir.

Bromure de potassium, 3 à 4 gr. ; quarts de lavements avec 2 à 4 gr. de chloral, avant le repas.

Antipyrine, cocaïne.

Voltaïsation continue descendante du pneumogastrique.

Régime lacté, képhyr, koumis (Pinard), quand les vomissements deviennent graves.

Lorsque le traitement médical échoue, que la femme maigrit, a de la fièvre, il faut évacuer l'utérus.

Contre la constipation. — Lavements pris au lit dans le décubitus dorsal (un à deux litres de liquide), laxatifs légers non drastiques, massage, électricité.

Contre la diarrhée. — Régime lacté, opiacés, nitrate d'argent en pilules d'un centigramme, une matin et soir (Charpentier).

Troubles urinaires. — I. **Albuminurie gravidique.** — ***Traitement.*** — Purgatifs drastiques (Pinard), eau-de-vie allemande et sirop de nerprun associés à la dose de 15 à 20 grammes chacun. Calomel, 50 centigrammes en un cachet.

Régime lacté exclusif. — C'est le traitement de choix : le lait peut être pris froid ou chaud, cru ou bouilli, sucré ou salé, aromatisé au besoin avec du kirsch ou du café, coupé avec de l'eau de Vals, de Vichy, de l'eau de chaux.

Repos au lit, dans les cas graves ; inhalations de 20 à 30 litres d'oxygène par jour. Enveloppement chaud contre le froid.

Mouchetures sur les tissus œdématiés, faites et entretenues aseptiquement.

Lorsque sous l'influence du régime lacté absolu, continué pendant huit jours au moins, l'albuminurie ne diminue pas ou continue à faire des progrès, lorsque les autres symptômes s'aggravent, on doit, dans l'intérêt de la mère, interrompre le cours de la grossesse (Pinard).

Si le fœtus meurt, du fait de l'albuminurie, *ne pas provoquer l'accouchement* (Ribemont-Dessaignes et Lepage), car l'albuminurie disparaît, du fait de la mort de l'enfant.

Après l'accouchement, continuer le régime lacté, tant que persiste l'albuminurie.

II. **Accès éclamptiques.** — ***Symptômes.*** — Ils apparaissent de préférence pendant les derniers mois de la grossesse, le travail et les suites de couches. Ils sont précédés par l'œdème des membres inférieurs, la céphalalgie frontale, des troubles divers de la vue, la dyspnée, la sensation de barre épigastrique, la somnolence.

L'accès débute par des mouvements convulsifs de la face, la fixité du regard, la déviation des globes dentaires, l'agitation des ailes du nez, la rotation de la tête à gauche.

Survient la phase des *convulsions toniques,* suivie de celle des *convulsions cloniques ;* la crise se termine par la torpeur ou le coma.

Les accès se suivent en nombre variable et le coma peut se terminer par la mort.

Traitement. — 1° Prophylactique. — Examen fréquent des urines pendant les derniers mois de la grossesse, surtout chez les femmes ayant eu de l'albuminurie ou des accès éclamptiques dans les grossesses précédentes ; en cas d'albuminurie, prescrire le *régime lacté absolu.* Il est exceptionnel que les accès éclamptiques apparaissent chez des femmes soumises depuis huit jours au régime lacté absolu (Tarnier).

2° Curatif de l'accès. — *Si on craint l'accès,* donner du chloral à haute dose.

Pendant les prodromes, faire inhaler du chloroforme à dose massive, jusqu'à ce que la respiration soit régulière (Pinard).

Protéger la langue par des compresses insinuées entre les arcades dentaires.

Dans l'intervalle des accès, administrer 8 à 10 grammes de chloral en lavements, administrés plusieurs fois dans la journée :

Hydrate de chloral	2 à 4 gr.
Lait	120 —
Jaune d'œuf	n° 1.

La saignée est indiquée seulement chez les femmes pléthoriques. Bains tièdes prolongés (Bar).

On doit abandonner le seigle ergoté, les sinapismes et les vésicatoires.

L'utilité des opiacés, morphine et autres, est discutée. *Injections de sérum artificiel.*

3° Obstétrical. — *En règle générale, chez une femme éclamptique au cours de la grossesse, il ne faut recourir ni à l'accouchement provoqué ni à l'accouchement forcé* (Ribemont-Dessaignes et Lepage, Pinard, Tarnier). Régime lacté, inhalations d'oxygène, de chloroforme, chloral en lavements.

Chez l'éclamptique en travail : 1° *L'enfant est vivant.* — Hâter l'accouchement.

2° *L'enfant est mort.* — Attendre la dilatation complète et extraire l'enfant par une version, une application de forceps, une crâniotomie, hâter la délivrance.

3° *La mère meurt, l'enfant étant vivant.* — L'extraire par les voies naturelles ou par une opération césarienne.

Syphilis et grossesse. — Lorsque la mort du fœtus survient à une époque plus ou moins avancée de la grossesse et se reproduit à plusieurs grossesses, il faut songer à la syphilis des générateurs.

Traitement. — Instituer un traitement convenable.

L'enfant né de père et mère syphilitiques ou d'un père syphilitique ne peut être allaité que par la mère, qu'il ne contagionne jamais (Fournier).

Si la mère ne peut allaiter, l'allaitement artificiel est seul praticable.

Une femme saine enceinte d'un syphilitique et qui accouche d'un enfant syphilitique aura ultérieurement des enfants sains d'un homme sain (Pinard).

PLACENTA PRÆVIA

Insertion du placenta sur le segment inférieur de l'utérus (fig. 312).

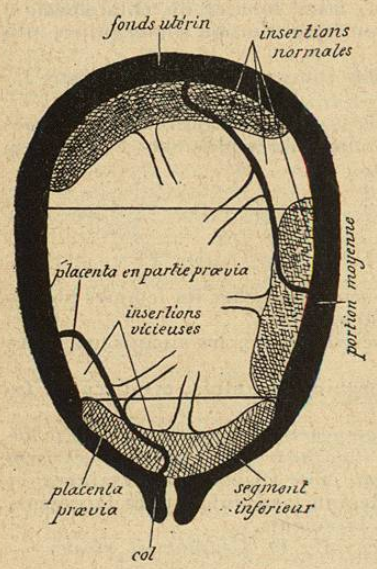

Fig. 312. — Insertions normales et vicieuses du placenta.

Symptômes. — 1° **Pendant la grossesse.** — Hémorragies, pendant les 3 derniers mois de la grossesse, survenant sans cause provocatrice, abondantes, s'arrêtant spontanément, se répétant souvent, d'où anémie notable.

Du 3e au 6e mois, elles provoquent l'avortement. Rupture prématurée des membranes avec écoulement de liquide amniotique, plus ou moins longtemps avant le début du travail.

Accouchement prématuré dans un tiers des cas. Défaut d'accommodation du fœtus, d'où fréquence des présentations du siège, de l'épaule.

Au palper, le sommet s'engage mal ; lorsqu'on l'abaisse, il s'arrête sur une substance à résistance molle.

Au toucher, un des côtés de l'utérus est tendu, saillant (fig. 313).

2° **Pendant le travail.** — Les hémorragies augmentent avec les contractions utérines ; avant la rupture des membranes, non après leur rupture. Lenteur de la période de dilatation. Au toucher, selon le degré de dilatation, on sent l'éponge préfœtale, le pouls placentaire, des cotylédons.

3° **Pendant l'accouchement.** — Perte de sang.

4° **Pendant la délivrance.** — Hémorragies fréquentes.

Traitement. — 1° **Pendant la grossesse.** — Hémorragie légère : repos au lit, injections chaudes. Hémorragies graves : rupture large des membranes.

En cas de danger, provoquer l'accouchement prématuré.

1° **Pendant le travail.** — Rupture large des membranes

(fig. 314) ; dilater le col avec un ballon et activer l'accouchement.

3° **Pendant l'accouchement.** — Sommet : application de forceps, si le dégagement est lent.

Siège : extraction manuelle.

Epaule : version podalique.

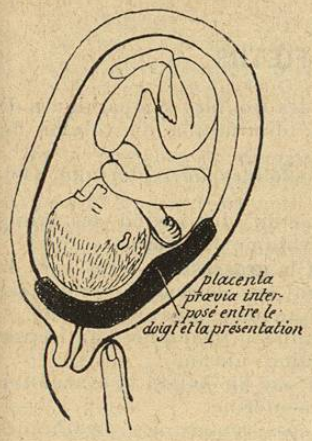

Fig. 313. — Toucher d'un placenta prævia.

Fig. 314. — Chemin à suivre pour la rupture des membranes.

4° **Pendant la délivrance.** — Expression utérine ; injections intra-utérines très chaudes ; ergotine, après évacuation complète de l'utérus ; tamponnement de la cavité utérine et du vagin (Leroux, Tarnier).

Injection de sérum artificiel.

HYDRAMNIOS

Symptômes. — 1° **Hydramnios à marche lente.** — Douleurs abdominales ; vomissements ; volume exagéré du ventre ; troubles de compression ; tension constante de l'utérus ; déhiscence du col avant le travail ; mouvements actifs faiblement perçus par la mère ; difficulté du palper.

2° **Hydramnios à marche aiguë.** — Développement rapide du ventre ; vomissements ; amaigrissement ; douleurs très vives.

Traitement. — Repos et régime lacté, qui agit par son pouvoir diurétique.

Si les troubles persistent ou augmentent, provoquer l'accouchement.

Pendant le travail, rompre les membranes, pour que la contraction utérine soit efficace : tenir la main sur la vulve, pour régler l'issue du liquide et empêcher que le cordon ou un membre ne soit entraîné par lui.

MORT DU FŒTUS

Symptômes. — Cessation des troubles sympathiques de la grossesse, de l'albuminurie ; diminution du volume du ventre, montée de lait.

Phénomènes infectieux, lochies fétides, fièvre, lorsque le fœtus se putréfie.

Cessation des mouvements actifs ; disparition des bruits du cœur fœtal ; diminution de volume de l'utérus.

Traitement — 1° **Pendant la grossesse.** — En cas de mort habituelle du fœtus à un âge déterminé, provoquer l'accouchement prématuré quelque temps avant cette date.

Après la mort, attendre l'expulsion spontanée ; antisepsie vaginale, pour prévenir l'infection utérine.

En cas d'infection, dilatation par un ballon et évacuation rapide de l'utérus. Injection intra-utérine.

2° **Pendant le travail.** — Ne pas rompre les membranes avant la dilatation complète.

Après leur rupture, aider l'accouchement, selon les indications, par une basiotripsie, par l'embryotomie, etc.

AVORTEMENT

Avortement : expulsion du produit non viable (2 premiers trimestres).

Accouchement prématuré : expulsion de l'enfant viable (3e trimestre).

Symptômes. — 1° **Physiques.** — a) *Avortement ovulaire.* — Passe inaperçu.

b) *Avortement embryonnaire* (type, 2e mois). — Expulsion en un seul temps de l'œuf et de la caduque, pas d'effacement ; pas de placenta ; villosités sur tout le tour de l'œuf ; l'embryon ne donne pas signe de vie.

c) *Avortement fœtal* (type, 5e mois). — Pas d'effacement ; expulsion en trois temps : expulsion du fœtus, expulsion des annexes, moins la caduque, expulsion de la caduque. Le placenta est formé ; le cœur bat, l'enfant essaie de respirer.

d) *Accouchement prématuré.* — Analogue à l'accouchement normal.

2° **Fonctionnels.** — Douleurs, hémorragies ; cessation des troubles sympathiques ; montée de lait ; réapparition des menstrues.

Nota. — L'avortement peut rétrocéder.

Complications. — *Hémorragies* par décollement partiel des membranes ;

Septicémie par rétention, surtout au 2e trimestre (4e mois).

Traitement. — 1° **Préventif.** — Eviter la constipation, les marches, la fatigue, les voyages, les rapports sexuels, lorsque l'avortement se produit facilement chez une femme.

Traitement antisyphilitique, s'il y a lieu.

Repos au lit, pendant les quelques jours répondant aux règles.

2° **Des menaces d'avortement.** — Repos au lit, tête basse ; immobilité absolue ; lavements laudanisés (eau, 150 gr., laudanum 20 gouttes) ou belladonés ; injections sous-cutanées de morphine, lavements de chloral.

3° **De la rétention placentaire** — 2 méthodes.

Expectation. — Repos au lit ; injections vaginales antiseptiques fréquentes ; on attend l'expulsion spontanée.

Prendre avec soin la température matin et soir, pour faire le curettage, dès qu'il y a signe d'infection.

Curettage d'emblée. — Est plus rationnel. Dilatation du col et curettage avec de larges cuillers. Veiller à ne pas perforer l'utérus.

Lavage intra-utérin chaud et antiseptique. Tamponnement peu serré.

2° **De la septicémie post abortum.** — Curettage intra-utérin ou curage digital après dilatation. Irrigations intra-utérines et vaginales.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

Symptômes. — 1° **De la grossesse extra-utérine.**

Tous les symptômes sympathiques de la grossesse normale.

En outre symptômes spéciaux ;

Douleurs hypogastriques ; constantes, exagérées par les règles, avec poussées péritonitiques ;

Troubles de compression vésicale, rectale, vasculaire, nerveuse ;

Métrorragies périodiques, correspondant aux règles.

Au palper. — Deux tumeurs : l'une latérale, de volume variable, le kyste fœtal ; l'autre médiane, l'utérus hypertrophié.

Au toucher — Mêmes résultats ; le col utérin est ramolli.

2° **De la mort du fœtus.** — **Faux travail**, caractérisé par des coliques utérines, par la déhiscence du col sans effacement, par des métrorragies, par l'expulsion d'une caduque, par la montée de lait et tous les phénomènes qui caractérisent la cessation de la grossesse.

A l'examen, la tumeur fœtale persiste et présente des caractères variables, selon que le fœtus se momifie, se calcifie, se résorbe ou que l'œuf s'infecte.

3° **De la rupture du kyste fœtal.** — (Voir *Hématocèle*).

Traitement. — *Pendant la première partie de la grossesse* extra-utérine. — On doit la considérer comme une tumeur maligne et l'extirper par laparatomie sus-pubienne.

A une période avancée de la grossesse. — Si le fœtus est vivant, attendre son développement, mais se tenir prêt à intervenir, le cas échéant. L'extirper plus ou moins près du terme par laparotomie.

Savoir que cette intervention tardive est grave.

Si le fœtus meurt, l'extirper immédiatement de même manière. Intervenir dès qu'il y a rupture du kyste fœtal (voir *Hématocèle*).

HÉMATOCÈLE RÉTRO-UTÉRINE

Causes. — Elle est due à la rupture d'une grossesse extra-utérine, le plus souvent d'une grossesse tubaire.

Symptômes. — 1° **Forme foudroyante.** — Hémorragie intra-abdominale abondante ; tous les symptômes des hémorragies internes, mort rapide, à moins qu'on n'intervienne hâtivement.

2° **Forme grave, commune.** — Chez une femme qui se croyait enceinte de quelques semaines à 2 mois, subitement, douleur poignante dans le ventre, chute ou obligation de s'aliter ; pâleur rapide, sensation de chaleur dans le ventre ; tous les signes des hémorragies intenses : pâleur de la face et des muqueuses, pouls rapide, petit, dépressible, hypothermie ; lypothymies, syncopes, bourdonnements d'oreille ; vomissements, nausées, métrorragies. Le ventre est ballonné, matité sus-pubienne ; le palper, combiné au toucher, fait sentir un col mou, déhiscent : sang épanché dans le petit bassin, faisant bomber le cul-de-sac postérieur, repoussant l'utérus en avant. L'hémorragie continue et devient mortelle ou elle s'arrête et s'enkyste.

3° **Forme lente.** — Hémorragies par petites poussées, qui arrivent à constituer une collection rétro-utérine, repoussant l'utérus contre le pubis, bombant le cul-de-sac postérieur. Symptômes d'hémorragie moins graves.

La collection enkystée se résorbe lentement ou elle s'infecte, donnant lieu à des poussées fébriles, à des frissons ; ouverture secondaire dans le vagin, dans le rectum, péritonite.

Traitement. — 1° **Préventif.** — Extirper la grossesse extra-utérine dès qu'elle est reconnue.

2° **Curatif.** — *a*) Forme foudroyante. — Laparatomie immédiate ; extirper le kyste fœtal et la trompe déchirée ; lier le pédicule utéro-ovarien qui saigne ; évacuer le sang épanché entre les anses intestinales ; tamponner les adhérences qui saignent ; drainer ; injections abondantes de sérum artificiel.

b) Forme commune. — Traitement identique.

c) Forme lente. — Il est préférable d'opérer dès que le diagnostic est posé.

Si on n'est pas outillé, prescrire l'immobilité absolue, les douches vaginales très chaudes, la glace sur le ventre, les lavements laudanisés ; les injections peu abondantes (250 à 500 gr.) de sérum artificiel.

Lorsque la collection est enkystée dans le Douglas, l'évacuer par une large incision transversale du cul-de-sac postérieur.

Même conduite, lorsque la collection est suppurée.

RÉTRÉCISSEMENTS DU BASSIN

1° ***Diagnostic.*** — **Pelvimétrie.** — 1° **Digitale** (fig. 315). — Mesurer par le *toucher mensurateur le diamètre promonto-sous-pubien,* du promontoire au bord inférieur de la symphyse pubienne ; diminuer d'un centimètre et demi environ, on a le *diamètre promonto-pubien minimum.*

Fig. 315. — Pelvimensuration digitale.

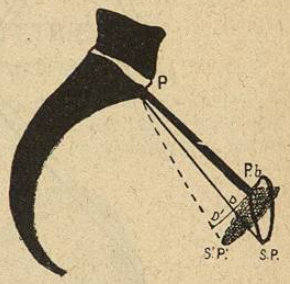

Fig. 316. — Variations du diamètre promonto sous-pubien par rapport au diamètre promonto-pubien minimum, suivant l'inclinaison de la symphyse pubienne.

Si le promontoire est très bas ou si la symphyse est très inclinée, le diamètre promonto-pubien minimum est presque égal au diamètre promonto-sous-pubien (fig. 316, 317, 318).