

Le Dr. Misrachi confesse, dans son traitement de l'avortement, son hésitation de la première heure, qui n'a pas résisté à l'expérience acquise dans la suite.

Et on peut lire dans un récent ouvrage : Manuel pratique d'accouchement et d'allaitement (1904) de Budin et Demelin où ces maîtres ont résumé leur enseignement, qu'il faut accepter l'opinion de Maygrier et intervenir en dehors de tout accident : "Lorsque l'infection est imminente ou probable, lorsqu'on a pas pu prendre au préalable toutes les précautions antiseptiques et qu'on a pu assister au début de l'avortement, lorsqu'on a des soupçons sur la possibilité de manoeuvres criminelles lorsqu'il s'agit d'un avortement gémellaire (car les observations de Maygrier et Demelin montrent en effet combien sont graves et fréquents les accidents de rétention en pareil cas), l'expectation est permise quand tout danger d'infection paraît éliminé, par le fait des soins dont on a entouré la patiente dès le début de la fausse couche, quand la femme peut rester au lit long-temps. Et encore n'est-on jamais sûr que l'infection ne viendra pas, et encore moins que l'expulsion spontanée de l'arrière-sax ne se fera pas avec une hémorragie qui peut être soudaine et formidable..... Etant donnée l'innocuité du curage digital bien exécuté, mieux vaut intervenir aussitôt que possible."

On voit par cet exposé que, d'après ces auteurs, il n'y a à peu près pas d'indication à l'expectation.

Il est raisonnable de penser en présence des avantages attachés à l'intervention préventive, qu'il faut qu'elle soit dangereuse pour qu'on n'y recoure que si on y est contraint.

Tel n'est point le cas, quand elle est faite dans des conditions d'une grande propreté chirurgicale.

Je désire préconiser ici certains modes opératoires. Il vaudrait mieux peut-être d'être éclectique dans le choix des moyens suivant la modalité de la rétention, mais du moment que l'avul-