

la tumeur fut trouvée légèrement adhérente au péritoine pariétal et fortement adhérente à l'utérus, à l'anneau sigmoïde, au rectum, à quelques anses de l'iléum et à la paroi pelvienne gauche. Dans un cas cité par le professeur T. J. Thomas, le placenta de dimensions énormes était adhérent au colon ascendant, transverse et descendant. Dans un cas rapporté par Ferré (de Pau), (*Ann. de Gyn.*, Paris, 1902), le placenta adhérait fortement aux intestins.

Pour éviter la répétition, nous allons, ayant de commencer la description de notre mode d'opération aux diverses périodes de la grossesse ectopique, faire les déclarations suivantes :

1° Dans toute opération abdominale et vaginale, nous employons des gants en caoutchouc très justes, stérilisés par la chaleur. Des gants bien justes ne diminuent que légèrement le sens tactile; des gants trop larges embarrassent et émoussent le sens du toucher.

Quoique en opérant nous employions invariablement des gants, nous soumettons nos mains aux mêmes préparations aseptiques et antiseptiques que si nous opérions les mains nues. Pour empêcher l'écoulement dans le champ opératoire d'aucune sécrétion cutanée entre la manchette du gant et le poignet, nous l'entourons d'un morceau de gaze.

On sonde la malade immédiatement avant de la placer sur la table opératoire. Cette évacuation de la vessie est d'une importance toute spéciale chez les malades d'un tempérament émotionnel et nerveux. (a) Nous évitons ainsi d'inciser une vessie distendue; (b) nous éliminons une source d'ennuis et de confusion (vessie distendue) de notre champ opératoire.

3° Nous n'ouvrons pas l'abdomen par une incision médiane. Notre incision est pratiquée d'un côté ou de l'autre de la ligne médiane. L'examen vaginal nous dirige dans le choix du côté. La grossesse ectopique se présente aussi fréquemment dans l'une des trompes de Fallope que dans l'autre; aussi fréquemment du côté droit que du côté gauche. En pratiquant une incision d'un côté de la ligne médiane, nous pensons pouvoir obtenir une cicatrice plus ferme. En faisant usage d'une incision latérale, les bords de la blessure sont mieux adaptés à notre manière de suturer la paroi abdominale. (a) Évitez de couper les vaisseaux épigastriques. (b) Évitez de couper l'ouraqué. Couper dans un ouraqué dont la lumière n'est pas oblitérée est aussi sérieux que de