

centaire n'est pas contractile, il n'y a pas de mécanisme maternel qui arrête le saignement après la division ou la séparation du placenta. Quand le fœtus est encore vivant ou qu'il vient de mourir, nos craintes sont nécessairement plus grandes. Si le fœtus est mort depuis déjà quelque temps, nous pouvons souvent, sans crainte d'hémorragie dangereuse enlever le placenta dont les vaisseaux sont contractés ou oblitérés. Il serait plus exact de dire, quelquefois, au lieu de souvent. Après la mort du fœtus les fonctions placentaires cessant, les vaisseaux du cordon ainsi que ceux du gâteau placentaire s'oblitérent graduellement.

L'enlèvement du placenta ne comporte pas les mêmes dangers dans tous les cas. Les placentas de ces grossesses varient en dimensions, en modes et en site d'implantation. Dans le cas où le placenta a continué à se développer dans l'oviducte, son ablation est facile. On rencontre aussi peu de difficultés dans les cas où le placenta et le sac fœtal forment une tumeur bien définie, bien pédiculisée, bien développée.

Plus grandes sont les difficultés techniques dans les cas où le placenta forme une masse épaisse et solide, ayant l'apparence d'un morceau de poumon hépatisé.

Quand le placenta est mince et que ses attaches couvrent une large surface, les difficultés opératoires atteignent leur maximum.

L'enlèvement de la masse ectopique est un problème qui ne peut être résolu pour chaque cas individuel qu'après l'ouverture du ventre. La conduite du chirurgien après l'ouverture du ventre est déterminée par l'étendue et la situation des insertions placentaires, par la présence ou l'absence d'adhérences aux tissus et aux organes environnants, par l'origine et le développement des connexions vasculaires. Le facteur le plus important c'est l'étendue et la nature des insertions placentaires ; elles sont de nature variable ; le placenta peut être implanté sur l'utérus, sur le péritoine viscéral ou pariétal, sur l'épiploon, sur le mésentère, sur les intestins et sur les autres contenus intra-abdominaux. Dans les cas d'insertions placentaires étendues, le placenta nourri par un très grand nombre de vaisseaux, sa base est une surface et non un pédicule. Par exemple, dans le cas rapporté par Neugebauer, le placenta était attaché à la paroi postérieure de la vessie, à la paroi utérine antérieure et au cul-de-sac vésico-utérin. Dans un cas rapporté par McLean (*British Medical Journal*, 1904, ii 1315),