

ment hors du péritoine, lequel peut même avoir été détaché sur une étendue assez considérable de la paroi abdominale antérieure; dans ces cas, enlevez le fœtus sans déranger le placenta et liez le cordon près de son insertion placentaire. Alors essayez d'enlever le sac et le placenta auquel ils adhèrent ensemble, après les avoir séparés des organes et des tissus. Généralement, une fois le ventre ouvert on tombe sur des adhérences épiploïques et intestinales qu'il faut rompre ou couper entre deux ligatures. Parfois, il faut réséquer une portion de l'épiploon.

La cavité péritonéale est protégée par des compresses qui sont numérotées et comptées, alors on procède à l'enlèvement de l'œuf. L'ablation totale de l'œuf et de son contenu est la conduite la plus sage, excepté dans les cas où la circulation du placenta communique largement avec la circulation générale par les vaisseaux du mésentère et de l'intestin. Si la nature des adhérences aux organes environnants est de telle nature et de telle intimité que leur séparation serait fatale, on se contente de l'évacuation du sac fœtal, on réduit la poche au minimum et on suture le sac en collerette à la partie inférieure de la plaie. Ce sac est pansé quotidiennement jusqu'à ce que le placenta ait été expulsé complètement et que la cavité du sac soit oblitérée. Dans les cas où il y a danger de provoquer une hémorrhagie incoercible, mieux vaut ne pas tenter l'ablation du placenta, mieux vaudra la masurpialisation.

Comme nous l'avons déjà dit, les cas difficiles sont ceux où l'enlèvement total de l'œuf présente des difficultés insurmontables, la grande difficulté est l'enlèvement du placenta.

Les méthodes suivantes ont été employées :

1° Le fœtus et le cordon ombilical sont enlevés et le liquide amniotique est évacué, la cavité péritonéale est étanchée, le placenta est laissé dans le ventre et celui-ci est refermé. Cela nous paraît très risqué; néanmoins, cela a été fait fréquemment avec succès, dans les cas heureux où la résorption du placenta est lente et indolore.

2° Le fœtus est enlevé, le liquide amniotique est évacué, le cordon ombilical est lié près de son insertion placentaire, la poche est réduite à son minimum et extériorisée en suturant ses bords en forme de collerette à la partie inférieure de la plaie abdominale. La poche est drainée et le sac et le placenta sont abandonnés à l'expulsion spontanée. C'est le procédé le plus fréquemment employé.