

C'est au point de vue du praticien que je me place, pour tâcher d'établir le plus simple et le meilleur traitement à employer contre les dangers découlant de l'insertion vicieuse du placenta, variété centrale.

Les deux observations personnelles qui vont suivre, me serviront de base pour discuter la valeur des différentes interventions qui peuvent trouver place au cours du traitement..

I. OBSERVATION. Il s'agit d'une multipare âgée de 38 ans, à terme, ou mieux près du terme, en travail depuis quelques heures.

Depuis deux ou trois jours elle perdait, mais comme l'hémorrhagie n'était pas abondante, elle y faisait peu attention, convaincue qu'elle *marquait* et certaine que la délivrance était proche. Sa grossesse, d'ailleurs avait été traversée d'une attaque de grippe qui l'avait affaiblie et elle en avait conservé une bronchite tenace, ennuyeuse qui n'avait pas peu contribué à compléter sa débilitation. Voyant ses pertes augmenter, son médecin, mon excellent confrère V.. avait institué le traitement usuel dont le repos complet et l'opium constituaient la base. L'effacement du col n'était pas encore appréciable et les contractions perceptibles absolument nulles.

Le troisième jour, les douleurs se déclarent et l'hémorrhagie reprend avec une plus grande intensité qu'auparavant; à l'examen le Dr V. constata un commencement de travail et par l'ouverture du col effacé des cotyledons placentaires dans toutes les directions.

Appelé quelques heures après, en consultation, voici le résultat de l'examen : malade pâle, anémiée, souffrant de bronchite chronique.

*Palpation.* Enfant en présentation du sommet, position gauche, mobile dans une grande quantité de liquide. Enfant vivant mais souffrant.

*Examen direct.* Col effacé, dilation de la grandeur d'une pièce de 25 centins, col dur non dilatable, placenta attaché sur le segment inférieur de l'utérus recouvrant complètement l'ouverture. On ne sent de membranes nulle part; Hémorrhagie légère mais continue.

Pouls 115; température 37.4 Peu de douleurs et surtout peu effectives.

Après une antiseptie externe parfaite et de grands lavages vaginaux au sublimé au 3000 qui dans ces cas rendent peu de services, nous appliquons un tampon antiseptiquement fait et nous attendons les événements. Naturellement on stimule la malade et on maintient ses forces.

L'application du tampon arrête complètement l'écoulement sanguin et au bout de quelques heures, les douleurs se réveillent, se pressent et le travail marche bon train.

6 heures après, le tampon est enlevé : l'hémorrhagie a été à peu près nulle, le travail de dilatation a fait malheureusement peu de progrès—l'ouverture utérine peut être évaluée à une pièce de 50 centins, col toujours dur et non dilatable.

Nous réappliquons un second tampon, pendant que tout se prépare pour une intervention prochaine.

Les douleurs ont beaucoup augmenté en intensité, l'hémorrhagie est à peu près nulle, mais la patiente présente des signes indéniables de faiblesse.