

l'un à l'autre les plis du ligament large depuis le détroit pelvien supérieur jusqu'à l'angle de l'utérus.

7° En l'absence d'indications positives, nous ne drainons pas. Les cas simples n'ont pas besoin de drainage (Bovée). Si on fait usage du drainage, on doit le discontinuer aussitôt que les décharges deviennent séreuses ou séro-sanguinolentes.

Notre matériel de suture doit remplir les cinq conditions suivantes: 1° Il doit être aseptique; 2° il doit pouvoir supporter une certaine tension sans se rompre; 3° il doit être facile à enlever ou être absorbable; 4° il doit rester dans les tissus jusqu'à ce que leur union organique soit solide et complète; 5° il ne doit pas être pour les tissus une cause d'irritation mécanique.

Le premier état, le traitement que nous allons considérer est la grossesse tubaire précoce non rompue. Dans ce cas il n'y a généralement pas d'adhérences; s'il y en a elles sont séparées comme dans toutes les autres interventions chirurgicales intra-abdominales avec grand soin et par les mêmes méthodes. Nous conserverons dans ces cas comme dans tous les autres, toutes les précautions mentionnées dans les paragraphes précédents et concernant le traitement. L'incision est faite à travers les différentes couches de la paroi abdominale et nous donne accès dans la cavité péritonéale. La longueur de l'incision est déterminée en grande partie par l'âge de la grossesse. L'incision est légèrement de côté de la ligne médiane. C'est ordinairement une incision intra-ombilicale. La malade ayant été placée graduellement dans la position de Trendelenburg, les intestins et la cavité péritonéale sont isolés de la cavité du bassin par des compresses de gaze. Premièrement chercher et trouver le fond de l'utérus. L'utérus est un corps si grand et si ferme, si différent des autres organes abdominaux qu'il est peu difficile de le reconnaître par le palpage.

Employant le fond de l'utérus comme guide, et procédant à droite et à gauche, nous examinons les deux tubes et les deux ovaires. La grossesse ectopique se présente aussi fréquemment d'un côté comme de l'autre. Séparez le sac fœtal de toute adhérence s'il en existe; enlevez ensuite en totalité le sac fœtal (qui est généralement tubaire), si cela est possible, par une résection typique de la trompe de Fallope. Suturez les plis du ligament large ensemble, assurez-vous que l'hémostase soit complète; étanchez la cavité péritonéale, ne laissant aucune surf. ce péritonéale