pérale, que ses manifestations soient simplement utérines, ou bien encore utérines, annexielles et péritonéales. A ce propos nous apportons les cas analogues que nous avons pu observer. Voici cinq observations, dans lesquelles je suis intervenu, mais, hélas! sans avoir aucune guérison à enregistrer.

Observation 1. — Infection puerpérale, salpingite et péritonite suppurées. Laparatomie quelques jours après une fausse-couche; petit bassin rempli de pus. Mort 10 jours après, de broncho-pneumonie.

Observation 2. — Infection puerpérale. Hystérectomie vaginale un mois après l'accouchement, dans un état très grave, désespéré; mort dans la nuit suivante.

Observation 3. — Infection puerpérale. Hystérectomie abdominale à pédicule externe dans un cas de péritonite aiguë; mort quelques heures après.

Observation 4. — Infection puerpérale. Hystérectomie abdominale totale et ablation d'un kyste suppuré de l'ovaire dix jours après l'accouchement; mort dans la soirée.

Observation 5. — Infection puerpérale. Hystérectomie abdominale totale douze jours après l'accouchement; mort dans l'après-midi.

Ces résultats sont peu encourageants, mais ils m'ont donné la conviction qu'il y avait quelque chose à faire.

Si j'ai perdu mes opérées, c'est que chez toutes je suis intervenu trop tard; ce sont des moribondes que j'ai laparatomisées, et je voudrais qu'on eût recours au chirurgien à temps, c'est-à-dire au moment où la malade n'est pas assez infectée pour succomber, alors même qu'on a enlevé l'utérus, source de l'infection. En tout cas, l'on doit tout tenter sur des femmes qui sont irrévocablement perdues.

Du reste, le succès de l'hystérectomie n'est plus à démontrer. De nombreux cas d'extirpation de l'utérus dans l'infection puerpérale, suivis de guérison, ont été publiés.

Il est nécessaire de ne pas confondre les malades qui ont un peu de rétention placentaire ou un peu d'infection utérine à la suite de l'accouchement, avec celles qui quelques jours après l'accouchement présentent des phénomènes d'empoisonnement grave. Auprès de ces dernières il ne faut pas temporiser; il faut se rendre compte du danger que court la malade et malgré le pénible sacrifice de l'utérus, ne pas hésiter à proposer l'hystérectomie.

Quelle hystérectomie faut-il pratiquer? Je me prononce franchement pour l'hystérectomie abdominale: les lésions peuvent être multiples et la laparatomie seule permet de nous rendre compte des complications causées par l'infection utérine.

L'hystérectomie vaginale n'est pas toujours possible à cause de la friabilité de l'utérus.

En résumé, dans tous les cas d'infection puerpérale grave qui mettent directement la vie de la malade en danger, il faut pratiquer la laparatomie. Celle-ci permettra de parer à toutes les éventualités qui pourront se rencontrer. Elle devra être suivie de l'hystérectomie abdominale totale toutes les fois qu'on se trouvera en présence d'un utérus infecté n'ayant pas fait sa régression.

M. Bazy. — Je n'ai à citer que deux faits d'hystérectomie pour infection puerpérale. Dans l'un, il s'agit d'une hystérectomie vaginale. Je fus frappé