

paraît être exclusivement mise en usage aujourd'hui. Le pôle négatif étant appliqué au voisinage de l'œuf sur la muqueuse rectale ou vaginale, le positif est maintenu sur la paroi abdominale, à quelques centimètres au-dessus de l'arcade crurale, par l'intermédiaire d'une large plaque conductrice. On fait passer le courant pendant 5 ou 10 minutes et on en augmente progressivement la force; pour cela, on se laisse guider par la sensibilité de la malade, et on répète les séances autant qu'on le juge nécessaire.

Cette méthode jouit encore d'une grande vogue en Amérique¹ et paraît avoir aussi des partisans convaincus en Russie². Il est très difficile de se faire une juste idée de son efficacité, tout contrôle de l'exactitude des diagnostics étant impossible, et la plupart des observations étant publiées par des praticiens dont l'autorité n'est pas établie³. Elle est loin d'être sans dangers : outre qu'elle provoque la temporisation en face d'une lésion menaçante, elle peut amener elle-même des contractions tubaires et la rupture. Brothers a recueilli deux cas de mort. Janvrin⁴ en a cité un autre.

L'extraction du fœtus avec ou sans le sac, par la laparotomie ou l'élytrotomie (incision vaginale), est, comme je l'ai dit en commençant, le traitement qui s'impose de plus en plus et à toutes les périodes de l'évolution de la grossesse extra-utérine. Afin d'en bien faire ressortir les indications et pour exposer les particularités relatives aux différents cas, il est indispensable de distinguer les faits par catégories :

1° Grossesse e. u. avant le 5^e mois, sans rupture.

1° **Grossesse e. u. avant le 5^e mois, sans rupture.** — Comme il n'existe pas à cette période de signes positifs de grossesse, on ne peut guère que la soupçonner. Mais il suffit d'être en présence d'une tumeur des annexes, occasionnant des douleurs, pour que la laparotomie soit indiquée⁵. L'opération ne présente, alors, pas de différence notable

¹ GARRIGUES (*Transact. of the amer. gyn. Soc.*, Philad., 1883, t. VII, p. 184) a publié 8 cas de guérison qui lui paraissent incontestables. Un très grand nombre a été, depuis lors, consigné dans les journaux américains. — A. BROTHERS (*The treatment of extra-uterine pregnancy by electricity*, in *Amer. Journ. of Obst.*, 1888, t. XXI, p. 474) a rassemblé 45 cas plus ou moins avérés de grossesse ectopique traitée de la sorte, surtout en Amérique : il n'a compté que 2 morts et 4 accidents graves. — BUCKMASTER (*ibid.*, avril 1890, p. 337) a publié, en revanche, 42 cas d'électrisation, sans aucun accident chez la mère.

² A la *Société obstét. et gynéc. de Moscou*, plusieurs cas de guérison ont été cités; un par KALABINE; un par WARNECK; deux par NEDSWETSKY (anal. dans *Annal. de Gyn.*, janv. 1890, t. XXXIII, p. 44).

³ G. M. TUTTLE (*Four cases of extra-uterine pregnancy*, in *Amer. Journ. of Obstet.*, janv. 1890, t. XXIII, p. 13) fait la même remarque sur l'inanité des statistiques présentées en Amérique, en faveur de l'électricité.

⁴ JANVRIN. *Société gynéc. amér.*, sept. 1888 (anal. dans *Annal. de Gyn.*, janv. 1889, t. XXXI, p. 59). La malade mourut, après trois jours d'électrisation.

⁵ VEIT (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1885, Bd. XI, p. 384) est, semble-t-il, le premier opérateur qui ait pratiqué avec succès la laparotomie précoce (3^e mois) pour une grossesse extra-utérine, et fait l'extirpation du kyste fœtal tubaire. Depuis lors, les faits de cet ordre se sont excessivement multipliés.

avec une extraction de kyste séreux, sanguin ou purulent de la trompe; dans l'immense majorité des cas, en effet, la grossesse ectopique est tubaire, et cette fréquence est telle qu'elle a même poussé L. Tait¹ à nier les autres variétés. Un seul point à mettre en relief dans la technique est le danger d'hémorragie, si l'on rompt le kyste fœtal dans les efforts de libération. Cet accident, qui a été parfois mortel, est noté dans plusieurs observations².

S'il s'agissait d'une poche non pédiculisable, comme cela a lieu dans la grossesse intra-ligamentaire ou sous-péritonéo-pelvienne, qui n'est en somme que le développement d'une grossesse tubaire à la manière d'un kyste inclus, on ferait la décortication de la poche en incisant d'abord la capsule séreuse sur un espace où n'existent pas de vaisseaux, et on procéderait rapidement, en posant de grandes pinces au fur et à mesure. L'hémorragie profuse provenant du placenta, même à cette période précoce, est maîtrisée par son extirpation immédiate³. Le tamponnement du péritoine avec la gaze iodoformée pourra rendre ici de signalés services.

L'extirpation des trompes fœto-kystiques, dans les trois premiers mois principalement, a très fréquemment été pratiquée dans ces derniers temps, et les bulletins des sociétés savantes en contiennent des exemples de plus en plus nombreux. L'opération est bénigne. L. Tait a eu une série de 45 succès; Veit, 12 guérisons sur 15 cas et Zweifel⁴, 8 guérisons sur 10 cas.

L'élytrotomie a été pratiquée dans les 4 premiers mois de la grossesse extra-utérine⁵. Elle est très inférieure alors à la laparotomie, car elle ne donne pas un jour suffisant pour se rendre maître de l'hémorragie qui est à redouter.

2° **Grossesse e. u. avant le 5^e mois compliquée de rupture et hémorragie interne grave.** — On peut dire que la question du traitement à faire en pareil cas, discutée il y a quelques années, ne l'est plus aujourd'hui. Quand une hémorragie menace la vie d'une malade, il faut aller à la recherche de la source du sang, qu'il s'agisse

¹ L. TAIT. *Lancet*, 1888, t. II, p. 409.

² DOLÉRIIS, *Répert. univ. d'obst. et de gyn.*, 1889, p. 409. — CZEMPIN. *Soc. d'obst. et de gyn. de Berlin*, 25 oct. 1889 (*Centr. f. Gyn.*, 1889, p. 820).

³ CZEMPIN. *Ibid.*, 28 juin 1889 (*Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 51, p. 552). — Il s'agissait d'une grossesse intra-ligamentaire de 4 mois avec adhérences générales au cœcum et à l'intestin grêle.

⁴ L. TAIT. *Loc. cit.* — J. VEIT. *Verhandl. der deutschen Gesell. f. Gyn.*, in *Friburg*, 1889 (*Arch. f. Gyn.*, 1889, Bd. XXXV, p. 512). — P. ZWEIFEL. *Ueber Extra-uterin-gravidität*, etc. (*ibid.*, 1891, Bd. XLI, p. 1 à 62).

⁵ G. THOMAS (*Amer. Journ. of Obst.*, 1875, t. VIII, p. 517, 522) : grossesse au 3^e mois, hémorragie grave par blessure du placenta, accidents septicémiques, guérison. — O'HARA (*Ibid.*, 1878, p. 525) : grossesse au 4^e mois; hémorragie, mort de péritonite le 3^e jour. — P. ZWEIFEL (*loc. cit.*) : 2 cas, dans la première moitié de la grossesse, avec 1 mort, par péritonite. — SCHAUTA (*loc. cit.*, p. 47) cite 5 cas de cet ordre avec 1 mort.

2° Grossesse e. u. avant le 5^e mois, après la rupture

d'une plaie extérieure ou d'une rupture intérieure. Temporiser, compter sur l'hémostase spontanée, c'est, dans la grande majorité des cas, laisser mourir la femme pour ne pas assumer la responsabilité d'une opération cent fois moins grave que l'attente; si elle ne succombe pas sur le coup, la malade mourra d'une seconde ou d'une troisième attaque hémorragique, ou des complications de l'énorme hématocele, ainsi constituée. Rares sont les faits où la guérison spontanée est venue justifier l'excès de prudence du médecin.

Keller¹, dès 1872, avait osé hardiment formuler cette règle. Il appartenait à L. Tait² de la faire passer dans la pratique par une remarquable série de succès; sur 42 laparotomies, il a eu 40 succès. Il fait remarquer, à la vérité, que 12 fois seulement il a pu trouver le fœtus; mais, dans les autres cas, des restes de placenta rendaient le diagnostic de grossesse ectopique certain. L'exemple de Lawson Tait a été suivi en Amérique et en Allemagne. Schwarz³ recommande, à ce propos, d'enlever soigneusement tout le sang, de ne pas compter sur le pouvoir de résorption du péritoine, dans les cas d'hémorragie profuse, et de craindre plutôt l'influence dépressive des caillots accumulés sur le système nerveux. On ferait, au besoin, le tamponnement hémostatique du péritoine à la gaze iodoformée⁴.

5° Grossesse e. u. après le 5^e mois; enfant vivant.

5° Grossesse e. u. après le 5^e mois; enfant vivant. — Le fait que l'enfant est vivant a une grande importance; mais il a été différemment apprécié par les auteurs. Les uns y voient surtout la possibilité de faire une opération qui sauve à la fois la mère et l'enfant; les autres se préoccupent exclusivement de la mère et de la gravité plus grande de l'intervention quand la circulation placentaire est en pleine activité, et le fœtus est pour eux une quantité négligeable comme il serait, a-t-on dit, fréquemment difforme, rarement viable, sa conservation ne saurait peser beaucoup dans la balance lorsqu'elle peut compromettre l'existence maternelle⁵: celle-ci seule devrait être considérée.

¹ KELLER. *loc. cit.*, p. 59.

² L. TAIT, *Brit. med. Journ.*, 1884, t. I, p. 1250, t. II, p. 317, *ibid.*, 1885, t. I, p. 778, et *Lectures on ectopic pregnancy*, Birmingham, 1888.

³ SCHWARZ (*Verhandl. des 2^{tes} Kongress der deutsch. Gesell. f. Gyn.*, 1889, p. 70) opéra une femme qui n'avait plus de poulx, et trouva 3 litres de sang dans la cavité du péritoine; guérison. L'accident avait eu lieu à la fin du 2^e mois. — La première opération de ce genre, faite en Allemagne, appartient à FROMMEL.

⁴ PICQUÉ (cité par REGNAULD, *Contrib. à l'étude de la laparotomie dans la grossesse extra-utérine*. Thèse de Paris, 1891, p. 62) a dû un succès à cette pratique.

⁵ LITZMANN. *Arch. f. Gyn.*, 1880, Bd. XVI, p. 525, *ibid.*, Bd. XVIII, p. 1 et Bd. XIX, p. 96. — R. HARRIS. *Amer. Journ. of Obstet.*, nov. 1887, p. 1154, et *Amer. Journ. of the med. Sciences*, août 1888, p. 262. — L. MEYER. *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1888, Bd. XV, Heft. 1, p. 147. — WERTH. *Beiträge zur Anat.*, etc. Stuttgart, 1888. — FRAIPONT, *Soc. obst. et gyn. de Bruxelles*, 20 oct. 1889 (anal. in *Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 51, p. 897).

Les partisans de l'opération primitive font, au contraire, remarquer¹ que, si l'opération faite après la mort du fœtus expose moins à l'hémorragie, elle expose davantage à la septicémie: celle-ci peut se montrer rapidement, avant que les deux mois nécessaires à la cessation complète de la circulation placentaire se soient écoulés, but que poursuit l'expectation et terme qu'elle s'est assigné.

Enfin, on a sûrement fait trop bon marché de la vie du fœtus ectopique. On connaît maintenant des cas nombreux où il a parfaitement vécu. Si on parvient donc, par les progrès de la technique, à rendre les chances sensiblement égales pour la mère, que l'opération soit faite avant ou après la mort de l'enfant, la première conduite devra certainement être préférée.

Il faut avouer que les résultats n'étaient pas, jusqu'ici, fort encourageants. Maygrier², sur 17 cas qu'il a rassemblés, comptait (en 1886) 15 morts pour la mère, donnant une mortalité de 88,2 pour 100; 10 fois la femme était morte d'hémorragie, soit au moment de l'incision, parce que le placenta adhérait en avant et avait été intéressé à l'ouverture du kyste, soit au cours de l'opération par suite du décollement du placenta, soit pendant les jours qui suivirent l'intervention, alors qu'avait eu lieu le décollement spontané des fragments placentaires. Quant aux enfants, 9 étaient morts dans les cinquante premières heures et le sort de 8 autres était inconnu.

En se bornant aux cas publiés de 1880 à 1886, Werth³ a trouvé 8 observations, relatant 7 morts pour la mère, et 3 seulement pour les enfants; mais 2 moururent ensuite rapidement. Par contre, 2 enfants étaient en parfaite santé à l'âge de trois mois⁴.

Harris⁵ a, plus récemment, rassemblé 50 cas de laparotomie primitive, c'est-à-dire faite avant la mort du fœtus, avec l'intention de le sauver ainsi que la mère. Il a trouvé, jusqu'en 1880, 20 cas avec 1 succès seulement pour la mère et 10 (plus ou moins durables) pour l'enfant. De 1880 à 1888, il compte 10 observations dont 4 succès pour la mère et 6 pour l'enfant.

Mais, depuis lors, la question a encore changé de face. Voici les cas, en grande majorité suivis de succès, publiés depuis le

¹ FRENKEL. *Breslauer ärztl. Zeitschr.*, 1882, n° 7, p. 78.

² MAYGRIER. *Terminaisons et traitement de la grossesse extra-utérine*. Thèse d'agrég., Paris, 1886.

³ WERTH. *loc. cit.*, p. 142.

⁴ NORMANN. *Norsk Magaz. f. Lægevidenz*, 1880, Bd. X. — NETZEL. *Hygiea*, avril 1881.

⁵ R. HARRIS. *Extra-uterine pregnancy treated by cystectomy, etc.* (*Amer. Journ. of med. Sciences*, sept. 1888, t. II, p. 262).

travail de Werth (1886), que j'ai relevés : Lazarewicz¹, Breisky², Brühl³, John Williams⁴, Eastman⁵, Olshausen⁶, Treub⁷, Lawson Tait⁸ (3 opérations, 3 enfants et 2 femmes vivantes), Carl Braun⁹, Rein¹⁰ et Lihotzky¹¹ ont opéré un peu avant le terme ou au moment du terme et ont sauvé la mère et l'enfant. Champneys¹² et Braun¹³ (dans un second cas) ont sauvé l'enfant seul. Price¹⁴ a perdu l'une et l'autre, mais il a opéré en pleine péritonite causée par la rupture du sac; Hildebrandt¹⁵ a aussi, dans deux cas, opéré des moribondes, et

¹ LAZAREWICZ, de Kharkoff. (*Vrach*, St-Petersbourg, 1886, t. VII, p. 76-115, anal. in *Répert. univ. d'Obst. et de Gyn.*, juill. 1886, p. 277) : extirpation totale du sac; femme guérie; l'enfant a vécu 21 jours.

² BREISKY. *Wien. med. Presse*, 1887, n° 48, p. 1650 : opération à huit mois de grossesse tubaire intra-ligamentaire; extraction complète du sac et du placenta, guérison rapide de la mère; l'enfant, parfaitement viable, mourut trois semaines plus tard de phlébite de la veine ombilicale.

³ L. BRÜHL, *Arch. f. Gyn.*, 1887, Bd. XXXI, p. 404 : le sac fut suturé à la paroi abdominale.

⁴ JOHN WILLIAMS. *Transact. obstet. Soc.*, Londres, 1887, p. 482 : le sac ne fut pas extirpé, mais drainé.

⁵ EASTMAN, d'Indiana. *Amer. Journ. of Obst.*, sept. 1888, t. XXI, p. 929 : il s'agissait d'une grossesse intra-ligamentaire de huit mois, sans rupture de la trompe; extirpation totale du sac, lavage, drainage, guérison. L'enfant est bien conformé, vigoureux.

⁶ OLSHAUSEN. *Deutsche med. Woch.*, 1890, n° 9, p. 174 : opération quinze jours avant l'époque du terme. Grossesse tubaire, dont le sac s'était rompu sans hémorragie six jours auparavant, transformée en grossesse abdominale; l'enfant est libre dans la cavité péritonéale. Extirpation du placenta et des restes du sac. L'enfant, à 12 mois, pesait 6910 grammes. — Au bout d'un an, nouvelle grossesse tubaire; rupture au 2^e mois, laparotomie, guérison.

⁷ TREUB. *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1888, Bd. XV, Heft 2, p. 584 : grossesse ovarique ou tubo-ovarique opérée trois semaines avant le terme; résection partielle du sac, fortement soudé à la paroi abdominale, extraction du placenta, tamponnement du péritoine à la gaze iodoformée; guérison sans accidents; l'enfant vit et se développe.

⁸ LAWSON TAIT. *Amer. Journ. of Obstet.*, mars 1888, p. 289.

⁹ CARL BRAUN. *Soc. obst. et gyn. de Vienne*, 26 mars 1889 (*Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 56, p. 634) : grossesse abdominale; le placenta était fixé dans le cul-de-sac de Douglas, qui était tapissé d'une épaisse membrane, seul vestige du sac, ainsi que la partie postérieure de l'utérus et des ligaments larges. On dut lier de gros vaisseaux allant du mésocôlon iliaque au placenta, qu'on détacha ensuite; l'hémorragie força à faire la ligature élastique de l'utérus, l'hystérectomie, et le tamponnement du péritoine à la gaze iodoformée; guérison lente de la mère; l'enfant mourut, douze heures après l'opération, de bronchite capillaire attribuée à l'aspiration du liquide amniotique.

¹⁰ G. E. REIN, *Soc. d'Obstét. et de Gyn. de Kieff*, 28 fév. 1890 (anal. in *Annal. de Gyn.*, fév. 1892, p. 156) : grossesse tubaire intra-ligamentaire; opération au 10^e mois; kyste très adhérent; ablation du sac. L'enfant est vigoureux et se développe bien.

¹¹ G. LIHOTZKY. *Wien. klin. Woch.*, 1891, p. 184 : grossesse abdominale au 7^e mois; résection partielle du sac; ablation totale du placenta; suture du reste du sac à la paroi abdominale; drainage. L'enfant est mort le second jour.

¹² CHAMPNEYS. *Brit. med. Journ.*, 3 déc. 1887, t. II, p. 1215 : opération au 7^e mois de la grossesse, le placenta est laissé en place; 1 mois après, mort par septicémie.

¹³ CARL BRAUN. *Arch. f. Gyn.*, 1890, Bd. XXXVII, p. 287 : le sac adhérait à la paroi abdominale; le placenta fut enlevé; suture à l'endroit de son insertion.

¹⁴ JOSEPH PRICE. Obs. communiquée à HARRIS, *loc. cit.*, p. 264 : rupture du sac, le placenta très adhérent fut laissé en place.

¹⁵ HILDEBRANDT. *Berl. klin. Woch.*, 20 juill. 1885, p. 465 : dans le premier cas, le sac

cependant a pu sauver un enfant. G. Beisone¹ a perdu la mère, mais sauvé l'enfant. Schauta et Olshausen² (dans un second cas) ont guéri la mère, mais l'enfant est mort rapidement. Rochel³ a sauvé la mère, mais l'enfant ne paraît pas avoir vécu. En somme, en faisant abstraction, ce qui n'est que justice, des cas de Price et de Hildebrandt, véritablement désespérés, on compte, sur 19 opérations, 15 femmes vivantes et 17 enfants viables ou ayant vécu au moins plusieurs jours.

Ces succès paraissent principalement dus aux perfectionnements apportés dans la technique et, en particulier, à l'ablation du sac et du placenta. On voit, par la lecture de ces observations, comment, on peut, ici comme dans toute laparotomie, venir à bout des difficultés opératoires avec de la décision et de l'expérience. En outre, on se rend compte de l'exagération évidente de ceux qui représentent les fœtus ectopiques comme presque fatalement voués à la mort, par des difformités ou une faiblesse congénitale. Du reste, quand bien même cette faiblesse existerait, on sait qu'avec le gavage et l'emploi des couveuses on peut faire vivre aujourd'hui des enfants autrefois condamnés. On ne doit donc plus hésiter à pratiquer la laparotomie primitive avec l'espoir de sauver les deux existences. Il est préférable de ne pas attendre les phénomènes du faux travail, comme le conseillent Duncan et Reed⁴, parce que le fœtus succombe alors très rapidement. On se basera, comme le conseille Fränkel, sur l'examen extérieur du fœtus, sur son volume appréciable à la palpation, pour juger du moment de l'intervention à laquelle on aura recours, de préférence, entre huit mois et huit mois et demi.

Reste à résoudre la question du choix de l'opération destinée à extraire le fœtus. Comme règle générale, la laparotomie est indiquée, car elle permet de vaincre bien plus sûrement les difficultés opératoires qui peuvent se présenter. Pourtant, on ne saurait proscrire l'élytrotomie. Si, à l'examen vaginal, on ne trouvait pas le placenta, et si le fœtus était profondément engagé dans le bassin, l'élytrotomie devrait même paraître préférable, comme mettant à

est laissé en place; drainage. Dans le second cas, le placenta, très adhérent, n'avait pu être enlevé.

¹ G. BEISONE. *Gaz. med. di Torino*, 1881, t. XXXII, p. 553.

² SCHAUTA, *loc. cit.*, p. 6 : le sac fut enlevé; l'enfant ne fit que quelques inspirations. — OLSHAUSEN, *loc. cit.*, p. 171 : opération deux semaines et demie avant le terme. Ni le terme ni le placenta n'avaient pu être enlevés. Déhiscence de ce dernier au bout de 34 jours. L'enfant n'a vécu qu'une heure et demie.

³ ROCHEL (d'Anvers). *Soc. de Gyn. et d'Obstét. de Bruxelles* (anal. in *Centr. f. Gyn.*, 1892, n° 7, p. 133) : le sac ne fut pas enlevé, mais traité par la marsupialisation.

⁴ W. DUNCAN. *Lancet*, 1^{er} mars 1890, p. 449. — C. REED. *Amer. Journ. of Obstet.*, 1890, p. 185.

l'abri de la blessure du délivre, probablement inséré sur la paroi antérieure de l'abdomen. Cette disposition anatomique serait certaine, si l'on percevait à l'auscultation un bruit de souffle isochrone au pouls maternel¹.

Au moment même du faux travail, il faut condamner la femme à un repos absolu, et calmer les douleurs par des injections de morphine et des lavements laudanisés. Une opération serait à ce moment tout à fait intempestive, à moins qu'il n'y ait des phénomènes d'hémorrhagie interne grave qui forcent la main.

⁴ Grossesse e. u. après le 5^e mois; enfant mort récemment.

⁴ **Grossesse e. u. après le 5^e mois; enfant mort récemment.** — Peut-on pratiquer la laparotomie dans les premiers jours qui suivent la mort du fœtus? La grande majorité des auteurs, à l'étranger, tous les chirurgiens dans notre pays se sont jusqu'ici prononcés pour la négative². Parry est allé jusqu'à préconiser l'expectation indéfinie, et l'attente soit de la transformation curatrice en lithopédion, soit des accidents d'élimination spontanée à laquelle on aurait simplement à venir en aide. Cette doctrine a été adoptée par Tarnier et Budin. Moins absolus, Litzmann, Werth, Maygrier et Pinard³, se basant sur les résultats statistiques déjà anciens, et par crainte de l'hémorrhagie qui avait jusqu'ici tué tant d'opérées, conseillent d'attendre jusqu'à l'oblitération de la circulation placentaire. Mais l'époque de cette oblitération est très douteuse; quoiqu'on l'ait approximativement fixée à deux mois, on a vu le décollement du placenta donner lieu à une hémorrhagie foudroyante, au bout de trois mois⁴. On peut donc être privé de tous les bénéfices d'une attente qui a laissé mourir l'enfant et a exposé la femme à de nouvelles complications. En effet, et c'est là un point sur lequel il faut insister, dans la léthalité des opérations secondaires, c'est-à-dire différées de propos délibéré, il serait juste de faire entrer en ligne de compte les morts qui sont le résultat de l'expectation elle-même, les septicémies ou péritonites intercurrentes, ayant rendu malheureuse une intervention qui, quelques mois plus tôt, se présentait dans des conditions favorables.

Si l'on veut bien peser ces considérations et si l'on considère les résultats favorables qu'a donnés l'opération primitive ou précoce (laparotomie) dans les cas les plus récents, on sera autorisé, je crois, à réformer le procès qui lui a été fait par mes devanciers, et à

¹ TRACHET. *Arch. de tocol.*, nov. 1888, p. 668.

² Parmi les premiers partisans de l'opération primitive je citerai toutefois KELLER, KIWIŠ, SCHRÖDER, FRÄNKEL et HOFMEIER.

³ PINARD. *Dict. encycl. des Sciences méd.*, art. GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE, 1886.

⁴ KIRKLEY. *Amer. Journ. of Obst.*, févr. 1885, p. 160 : mort quatre heures après l'opération.

l'adopter comme règle. Ici, comme dans presque tous les problèmes de thérapeutique abdominale, les objections théoriques des chirurgiens timorés tombent devant les résultats éclatants d'une pratique hardie, servie par une bonne technique¹.

L'invasion de la fièvre et les prodromes d'une septicémie, loin de contre-indiquer l'opération, la rendraient urgente. On a sauvé des malades, en pareil cas.

⁵ **Grossesse e. u. après le 5^e mois; enfant mort depuis longtemps.** — Lorsque la mort du fœtus est très ancienne, que la tolérance paraît établie, qu'on peut espérer voir se produire la transformation heureuse en lithopédion, est-il sage d'intervenir et de faire courir les risques d'une laparotomie à une femme qui jouit d'une parfaite santé? Je crois que, même alors, l'opération doit être conseillée, en vue de l'avenir². Il faut se rappeler, en effet, que la tolérance du fœtus ectopique est toujours précaire, que la décomposition de l'œuf et l'infection consécutive du péritoine peuvent survenir tant que le lithopédion n'est pas définitivement constitué, et que même alors, quoique plus rarement, une infection suivie de suppuration expultrice peut causer les accidents les plus graves.

⁵ Grossesse e. u. après le 5^e mois; enfant mort depuis longtemps.

⁶ **Kyste fœtal ancien suppuré, avec ou sans fistule.** — Il est bien évident qu'il faut, dans ce cas, favoriser et hâter le travail souvent trop lent de la nature. S'il existe un abcès, on l'ouvrira, soit au niveau des parois abdominales³, soit au niveau du rectum ou du

⁶ Kyste fœtal ancien suppuré.

¹ Voici les données statistiques sur lesquelles se basent les partisans de l'abstention complète ou des opérations secondaires; elles sont toutes antérieures aux beaux succès obtenus, dans ces dernières années, par l'opération primitive, et je ne les donne qu'à titre de documents : PARRY (*loc. cit.*) avait trouvé que sur 188 cas publiés, abandonnés à la nature, 99 femmes avaient succombé, ce qui donne une mortalité de 52,6 pour 100; mais, d'après HITCHINSON (*Med. Times and Gaz.*, 1860, t. II, p. 56, 77, 105, 132; *Lancet*, 1885, t. II, p. 71), sur 75 cas de rétention du fœtus mort où l'on n'intervint pas, 18 femmes seulement ont succombé, ce qui réduit la mortalité à 24,6 pour 100. — C'est surtout d'après ces chiffres que TARNIER et BUDIN (*loc. cit.*, p. 566) « inclinent vers l'expectation ».

MAYGRIER (*loc. cit.*, p. 157) a réuni 70 opérations secondaires (après la mort du fœtus, 2^e moitié de la grossesse); il a trouvé 25 morts, soit une mortalité de 35,7 pour 100. Sa statistique comprend des cas très anciens qui ne peuvent guère compter aujourd'hui.

WERTH (*loc. cit.*, p. 159), dans un travail postérieur de quelques mois au précédent, a publié une série moins nombreuse, mais réduite aux opérations faites de 1880 à 1886, et contrôlées avec grand soin. Sur 55 cas ainsi recueillis (40 sans extirpation du sac, 11 avec extirpation, 2 avec tentative infructueuse d'extirpation), il a trouvé une mortalité de 37,7 pour 100.

² SCHAUTA (*Beitr. zur Casuistik*, etc., Prague, 1891, p. 45) sur 112 femmes atteintes de grossesse extra-utérine, après le 5^e mois et traitées par l'expectation, a relevé 115 morts (de 1876 à 1891) au contraire, sur 121 femmes qui furent opérées, 19 seulement moururent.

³ Les *gastrotomies*, faites en pareil cas, ne sont pas assimilables aux *laparotomies trans-péritonéales* faites dans le but d'aller évacuer ou extirper un sac fœtal libre dans l'abdomen. Ce sont les seuls cas qui eussent donné des succès aux anciens chirurgiens. Le premier en date est celui de PRIMEROSE (1594), puis vient celui de F. PLATER (1597) et, un siècle plus tard, celui de CALVO (1714). Quant à la laparotomie proprement dite, LEVRET