

Quelquefois, les choses vont plus loin, et l'on trouve dans l'urine du sucre ou de l'albumine. L'albuminurie est définie par Jaccoud, un trouble de la sécrétion rénale, caractérisé par la présence de l'albumine dans l'urine. Pendant la grossesse, ce n'est pas toujours le cas, et l'on découvre fréquemment des *pseudo-albuminuries*, dans lesquelles, l'albumine provient de la vessie, des uretères, ou d'une modification de pression et de vitesse circulatoire. Ces dernières ne peuvent pas, au point de vue de l'influence exercée sur le traumatisme, être confondues avec les albuminuries véritables (Zantiotis). Nous en dirons autant de la glycosurie physiologique de la gestation; elle doit, dans son action, différer de la glycosurie diabétique, absolument comme elle en diffère dans ses causes et dans son mode de production.

Ces préliminaires établis, étudions maintenant l'influence du traumatisme sur la grossesse, puis nous examinerons l'influence réciproque de la grossesse sur le traumatisme accidentel ou chirurgical.

#### 1. INFLUENCE DU TRAUMATISME SUR LA GROSSESSE.

Le traumatisme accidentel et opératoire, pendant la grossesse, est, en général, considéré comme une cause puissante d'avortement. On sait que chez certaines femmes, le moindre effort, un simple éternuement, de même que l'intervention chirurgicale la plus minime, peut déterminer l'expulsion avant terme, de l'embryon ou du fœtus. Par contre, des observations restées classiques (Velpeau, Tardieu, Cazeaux, etc.), démontrent que la grossesse n'a été en

aucune façon troublée, à la suite d'un traumatisme des plus graves. Pour expliquer ces différences, on a incriminé une irritabilité utérine excessive dans le premier cas, la même irritabilité tombant au-dessous de la normale, dans le second (Guéniot).

Mais à quels signes peut-on reconnaître le degré d'irritabilité utérine plus ou moins développée chez une femme? la question est difficile à résoudre. Cependant, MM. Guéniot et Gaulard l'ont tenté. Les éléments dont on peut tenir compte dans ce but, sont les suivants: l'hérédité (mère, aïeule, ayant eu des avortements), la constitution (pléthore, anémie), l'excitabilité innée ou héréditaire, les affections diathésiques ou intercurrentes, les altérations de l'œuf (hydramnios), du placenta et du cordon, le nombre des enfants contenus dans la poche utérine, etc.

Il est certain qu'une femme anémique, nerveuse, diathésique (syphilis, albuminurie, etc.), atteinte d'une affection intercurrente, porteuse d'un fœtus malade ou de plusieurs enfants, aura toutes les chances d'avorter, si elle subit un traumatisme. C'est ainsi que nous devons comprendre l'irritabilité utérine.

D'autres éléments, tenant au traumatisme lui-même, méritent d'être pris en considération; nous voulons parler des hémorragies et des complications inflammatoires ou de nature septicémique, du siège, etc. Les premières déterminent l'anémie maternelle qui est une cause puissante d'avortement, parce qu'elle atteint le fœtus dans sa nutrition. Quant à la fièvre, et aux complications inflammatoires et septicémiques, elles contribuent pour une large part à l'influence fâcheuse du traumatisme sur le gravidisme. Des

faits nombreux l'attestent; c'était, du reste, l'opinion de Valette, défendue à la *Société des Sciences médicales de Lyon*, et adoptée par MM. Guéniot, Verneuil, Tarnier, Cornillon, etc.

La question du siège est capitale pour M. Guéniot, qui regarde l'expulsion avant terme comme exceptionnelle lorsque, chez une femme *saine*, ayant un utérus et un œuf *sains*, le traumatisme porte sur un organe qui n'est pas compris dans la sphère génitale.

Quelques auteurs nient formellement l'influence du traumatisme lui-même sur l'avortement, qu'ils attribuent, dans le cas où il se produit, à un état pathologique préexistant ou bien aux complications du traumatisme.

Or, sans parler de l'action manifeste des contusions, des coups, des chutes, des opérations, intéressant la sphère génitale ou péri-génitale, on a vu, nous l'avons déjà dit, chez des femmes absolument indemnes de tout état pathologique antérieur ou actuel, la plus légère blessure, l'opération la plus insignifiante, amener l'avortement. Par contre, aussi, des opérations sérieuses peuvent être pratiquées avec succès et sans accident, sur le sein, sur le col utérin, dans le cas de polypes, de cancer (Cohnstein, Schroeder, etc.), à condition de faire usage du procédé qui met le mieux à l'abri de la perte de sang et des chances d'infection septicémique.

Il nous a été donné d'observer tout récemment un cas d'ablation totale d'un sein *tuberculeux*, chez une femme *enceinte de 3 mois*. La malade sortit guérie de l'hôpital, un mois après l'opération, et accoucha à terme d'un enfant vivant et bien portant. Cette femme avait déjà accouché

deux fois à terme d'un enfant vivant; le sein avait commencé à suppurer il y a deux ans, pendant le cours d'une grossesse, qui fut interrompue par un *avortement* à six mois. Fig. 30.

Si la femme enceinte est atteinte d'une affection qui nécessite une intervention chirurgicale, devons-nous la tenter ?

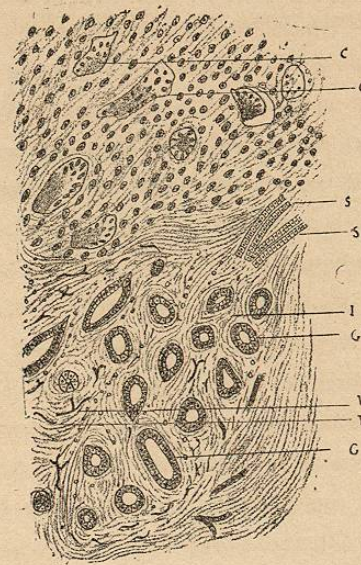


Fig. 30.

C, C. Cellules géantes présentant un commencement de caséification et entourées de cellules embryoplastiques. — G, G. Culs de sac d'un lobule en voie de prolifération. — I, I. Tissu conjonctif entourant les culs de sac, et présentant dans ses mailles des cellules jeunes. — S, S. Conduits galactophores. — V, V. Capillaires pénétrant dans le lobule (Vérick, oculaire 2 objectif 1).  
(Préparation de M. HERRMANN; dessin de M. THIERRY).

Il faut tout d'abord distinguer les cas dans lesquels il y a danger immédiat pour l'existence de la mère, et consécutivement, pour celle de l'enfant.

S'agit-il, par exemple, d'une hernie étranglée ou d'une atteinte de diphthérie? La kélotomie et la trachéotomie sont

urgentes, bien qu'elles puissent avoir pour conséquence l'avortement. On a également conseillé l'accouchement prématuré et l'avortement dans le cas de tumeurs de la région cervicale dont les progrès, pendant la grossesse, donnaient lieu à des accès de suffocation de plus en plus menaçants, mais les résultats furent loin d'être encourageants (cas de Billroth), sans compter le danger et la difficulté de cette intervention.

Parmi les affections dont les progrès sont inévitables, qui doivent menacer, à un moment donné, les jours de la femme, et être la source de complications pour le travail, nous distinguerons les kystes de l'ovaire, les tumeurs fibreuses et le cancer de l'utérus.

Si la conduite du chirurgien doit varier suivant chaque cas particulier, en tenant compte de la constitution histologique de la tumeur, de son siège, des conditions générales de l'organisme, etc., il est une ligne générale de conduite adoptée par le professeur Verneuil et la plupart des chirurgiens « se hâter d'intervenir, lorsque la vie de la femme est immédiatement en danger; rester dans l'expectative, au contraire, lorsque l'affection ne cause pas de désordres sérieux ».

Les kystes de l'ovaire sont parfois le point de départ d'accidents, soit dans le cours de la grossesse, soit pendant le travail. Barnes a conseillé, dans ces cas, l'accouchement prématuré, tandis que Spencer Wells est partisan de la ponction et de l'ovariotomie. La ponction est loin d'être applicable à tous les cas, et elle expose aux adhérences et aux récidives, mais elle est parfaitement supportée et n'entrave pas le cours de la grossesse.

L'étude de l'ovariotomie pendant la grossesse a fait le sujet de la thèse inaugurale de Cayla (1882) (1).

Avant lui, Cohnstein (loco citato) avait fourni une statistique de neuf cas, opérés tous avant le 6<sup>e</sup> mois de la grossesse. Celle-ci arriva à terme quatre fois; la mortalité fut de 22 %; les enfants venus à terme naquirent vivants.

Cayla divise les opérations en deux classes, suivant que l'utérus a été ou non blessé pendant l'opération.

La première comprend six cas. La suture de la plaie opérée a été suivie de mort, tandis que Spencer Wells et ceux qui l'ont imité, ont sauvé leurs opérées, en agrandissant la plaie et en extrayant l'œuf.

La seconde catégorie forme un total de 35 cas. La mort survint 4 fois; la grossesse fut interrompue 18 fois (avortement, 7 fois; accouchement prématuré, 5 fois; opération césarienne, 4 fois). 17 femmes accouchèrent à terme d'un enfant vivant.

Les conclusions de son travail peuvent ainsi se résumer : 1<sup>o</sup> s'abstenir d'opérer, lorsque la grossesse, étant presque à son terme, la tumeur ovarique est restée stationnaire; 2<sup>o</sup> ponctionner, lorsque des accidents de compression sont dus à un développement rapide; 3<sup>o</sup> pratiquer l'ovariotomie, lorsque le kyste est multiloculaire, à paroi épaisse, qu'il menace de se rompre, ou bien lorsque le péritoine s'enflamme.

Péan est partisan de l'ovariotomie comme des autres opérations chez les femmes enceintes, tandis que Kœberlé (article *Ovariologie* du dictionnaire Jaccoud), est d'avis de s'abstenir, à moins de circonstances exceptionnelles.

(1) Cayla, *Contribution à l'étude de l'ovariotomie pratiquée pendant la grossesse*. Thèse de Paris, 1882.

Parmi les tumeurs fibreuses de l'utérus, les unes sous-péritonéales, se développent dans l'abdomen, parfois descendent dans le bassin; les autres interstitielles ou sous-muqueuses, progressent du côté de la cavité utérine. La grossesse leur imprime en général un accroissement considérable.

Certaines femmes ne s'aperçoivent pas de la présence de ces tumeurs, mais le plus souvent, celles-ci donnent naissance à des douleurs violentes, à des hémorrhagies à répétition, s'opposent aux fonctions de certains organes (vessie, rectum), et font obstacle au développement de l'utérus et au travail de l'expulsion. Quelle ligne de conduite doit-on tenir dans ces cas?

L'abstention est toute tracée lorsque la tumeur de petit volume n'apporte aucune gêne sérieuse.

Des chirurgiens (Larcher, Herrmann, etc.), ont enlevé avec succès des myomes facilement accessibles et qui donnaient lieu à des pertes abondantes. La grossesse continua son cours et les enfants naquirent vivants. Péan a opéré pendant la grossesse et au moment même de l'accouchement des fibro-myomes, dont l'accroissement de volume faisait redouter de sérieuses difficultés pour l'expulsion. Les deux façons de procéder lui ont donné de bons résultats.

Quant à nous, nous partageons la manière de voir de M. Gaulard, et nous croyons préférable de n'opérer qu'au moment même de l'accouchement, en raison du ramollissement que fait subir la gestation à quelques-unes de ces tumeurs, ramollissement qui peut permettre un accouchement spontané et aboutir à la guérison complète de la tumeur.

Si on a affaire à une tumeur sous-péritonéale à déve-

loppement rapide, on peut, comme le conseille, M. Guéniot, pratiquer l'extirpation. Péan l'a fait, avec un succès complet à 7 mois. La femme accoucha à terme. La mortalité de la gastrotomie pour des tumeurs fibreuses n'étant que de 25 % (Kœberlé et Caternault), le pronostic n'est pas plus mauvais pour la femme que l'avortement et l'accouchement prématuré, et il est meilleur pour l'enfant.

La question de la méthode opératoire est des plus importantes; il faut faire choix de celle qui met le mieux à l'abri de l'hémorrhagie et de l'infection. La statistique de Cohnstein nous renseigne à cet égard (14 cas). La ligature pratiquée neuf fois, a donné des résultats favorables dans les derniers mois de la grossesse; elle a, au contraire, été plus dangereuse que l'excision et la torsion dans les premiers mois (avortement et mort). La torsion a déterminé l'avortement une fois sur trois. Enfin, l'excision avec les ciseaux a été pratiquée deux fois; dans un cas la grossesse a continué jusqu'à son terme; dans le second, l'opération a été rapidement suivie de l'accouchement.

C'est dans le cas de cancer qu'il faut s'inspirer des lignes suivantes du professeur Verneuil: « Lorsque, dit-il, les affections abandonnées à elles-mêmes et en voie de progrès compromettent prochainement la vie ou menacent, soit de devenir incurables, soit de s'accroître au point d'exiger plus tard des sacrifices plus grands et plus périlleux, on conçoit la perplexité qu'elles font naître et combien est légitime la tentation de recourir à une opération radicale et en dépit du gravidisme. On risque, il est vrai, la vie foetale, mais on protège mieux la vie maternelle, préoccupation dominante ».

Plusieurs cas peuvent se présenter. Supposons tout d'abord un cancer généralisé à l'utérus et étendu aux organes du voisinage, chez une femme enceinte de quatre mois; la tumeur est inopérable, il faut respecter la vie fœtale et ne pas intervenir. L'avortement spontané sera presque fatal, avec des complications généralement mortelles pour la mère et pour l'enfant. Il ne faudra pas non plus compter sur l'accouchement spontané, et l'on devra pratiquer l'opération césarienne; celle-ci sera complétée par l'opération de Freund, lorsque l'extension du cancer n'aura pas créé des contre-indications absolues. L'extirpation de l'utérus gravide cancéreux a jusqu'ici été pratiquée 3 fois; une fois à terme (observation de Bischoff); deux autres fois au sixième et au quatrième mois (observation de Billroth et de Spencer Wells). Dans le cas de Billroth, la malade guérit de l'opération, mais il y eut récurrence; Spencer Wells eut un succès (1).

Chez une femme enceinte de quatre mois le cancer est limité au col, que doit faire le chirurgien? Faut-il laisser aller à terme, ou bien pratiquer l'avortement, l'accouchement prématuré, ou bien opérer? Avec la première manière d'agir on s'expose à l'aggravation du cancer, à l'avortement spontané et à des complications redoutables au moment de l'accouchement. L'avortement et l'accouchement prématuré proposés par Courty, Kiwisch, etc., dans le but d'enrayer la marche envahissante du cancer, ont donné des résultats déplorables. Les statistiques de Cohnstein ont établi que la proportion de mortalité pour

(1) Coroëgne, *Du cancer de l'utérus gravide et de son traitement chirurgical*. Thèse de Lille, 1884.

l'accouchement à terme, l'accouchement prématuré et l'avortement est de 8 : 13 : 30.

Quant à l'opération elle est conseillée presque universellement à l'étranger; en France il y a encore beaucoup d'abstentionnistes. Nous sommes d'avis, avec M. Gaulard, que lorsque le cancer est bien limité au col, il faut en pratiquer l'amputation le plus tôt possible; la majorité des auteurs (Courty, Spencer Wells, Schröder, Hofmeier, Cornil, etc.), ont, en effet, prouvé qu'en intervenant de bonne heure on peut retarder diversement et pendant plus de dix années (Cornil) la réapparition du cancer; de plus, l'avortement, des faits nombreux l'attestent, peut ne pas se produire. Chez une femme qui se présente avec un cancer du col un peu avant l'époque de la viabilité, il serait indiqué de différer l'intervention, afin de sauvegarder la vie fœtale, dans le cas où l'avortement serait déterminé par l'opération.

Supposons enfin, la femme enceinte blessée accidentellement; le chirurgien doit s'opposer le plus rapidement possible à l'écoulement sanguin et avoir recours aux pansements antiseptiques. Le repos absolu est de rigueur; quelques lavements laudanisés seront même administrés dans le but de prévenir l'expulsion prématurée du fœtus. Si, malgré toutes les précautions prises, l'accouchement se fait, le chirurgien surveillera les lochies, multipliera les injections antiseptiques et protégera de son mieux la plaie contre les dangers de l'infection.

## 2. INFLUENCE DE LA GROSSESSE SUR LE TRAUMATISME

Nous passerons en revue, dans ce paragraphe : 1° les plaies accidentelles et opératoires; 2° les fractures.

1° *Plaies accidentelles et opératoires.*

Des exemples nombreux prouvent que, chez les femmes enceintes, les plaies les plus variées guérissent souvent très simplement, et que, chez elles, les opérations les plus diverses peuvent être pratiquées sans déterminer d'accidents particuliers. Cependant les choses ne se passent pas toujours aussi normalement, et, pendant la grossesse, la suppuration, la gangrène, l'ulcération, les hémorrhagies, etc., semblent parfois plus faciles et plus tenaces qu'à l'état de vacuité. A l'appui de cette opinion, il nous suffira de rappeler les observations très intéressantes communiquées à la Société de Chirurgie par MM. Verneuil, Guéniot, etc. L'action pyogénique de la grossesse est incontestable. Quant aux hémorrhagies, elles compliquent souvent, chez les femmes enceintes, les traumatismes, portant tantôt sur les organes génitaux, et tantôt sur d'autres parties du corps (membres inférieurs, cou), qui présentent un développement considérable de leurs vaisseaux. Elles ont fréquemment entraîné la mort, et les dernières surtout paraissent graves. Mais en lisant attentivement les observations, on remarque que la grossesse ne doit pas être considérée comme la seule cause de cette gravité. Souvent les précautions nécessaires n'ont pas été prises pour arrêter l'écoulement du sang, de sorte que la mort doit être considérée comme le résultat d'un traitement irrationnel et tardif plutôt que de la lésion elle-même. En effet, dans beaucoup de cas où l'on avait reconnu exactement la source de l'hémorrhagie, on a pu l'enrayer par les moyens les plus simples, tels que l'application de serre-fines ou d'une bande de toile suffisamment serrée. Chez une femme enceinte bien portante, les pertes de

sang sont justiciables des procédés ordinaires d'hémostase, mais des cas anormaux peuvent se présenter. Ainsi, il est aujourd'hui parfaitement démontré que l'albuminurie favorise l'écoulement du sang; il en sera de même nécessairement pendant la grossesse, et c'est ainsi que l'on a vu, par exemple, des trachéotomies pour diphthérie déterminer des hémorrhagies que rien n'a pu arrêter; la désalbumination exagérée du liquide explique ici très bien sa fluidité excessive. C'est pourquoi nous pensons, qu'à moins d'urgence, il ne faut pas porter le bistouri sur une femme enceinte atteinte d'albuminurie véritable, et que, dans tous les cas, à moins de contre-indication à ce choix, nous devons préférer le procédé qui ménage le mieux le sang (thermo-cautère, etc.).

Le gravidisme est-il responsable ou du moins seul responsable des complications dont nous venons de parler. Lorsqu'on veut apprécier sainement l'action qu'il exerce sur les plaies accidentelles ou chirurgicales, il faut tout d'abord faire la part de plusieurs éléments: l'état de santé de la femme, le genre d'affection qui a nécessité l'intervention, le milieu dans lequel se trouve l'opérée, la méthode opératoire et le mode de pansement. La femme enceinte peut être albuminurique, glycosurique, anémique, scrofuleuse, etc.; or, tous ces états exercent sur le traumatisme une action plus ou moins fâcheuse. M. Zantiotis (1) l'a particulièrement démontré pour l'albuminurie, et M. Kirmisson (2)

(1) Zantiotis, *Relations qui existent entre l'albuminurie et les affections chirurgicales*. Thèse de Paris, 1868.

(2) Kirmisson, *De l'anémie consécutive aux hémorrhagies traumatiques et de son influence sur la marche des blessures*. Thèse d'Agrégation, Paris, 1880.

pour l'anémie. Qu'une femme enceinte soit atteinte d'albuminurie véritable, et les complications qui surviendront chez elle, à la suite d'une opération ou d'un traumatisme quelconque, devront être imputés plutôt à l'altération rénale qu'à la grossesse elle-même. Nous dirons de même de la scrofule. Un sujet scrofuleux n'est-il pas exposé, après une contusion articulaire à voir évoluer une tumeur blanche. Pourquoi, dans les mêmes conditions, une femme enceinte serait-elle épargnée ? Du reste, en lisant les observations dans lesquelles des plaies ont guéri normalement dans le cours d'une grossesse, on remarque que très souvent les auteurs ont indiqué d'une manière toute spéciale le bon état de santé des femmes.

Le milieu dans lequel se trouve placée la blessée ou l'opérée, doit également entrer en ligne de compte. Tout le monde est d'avis que pour un opéré, le milieu hospitalier n'est certes pas préférable à l'air pur des campagnes.

Il est vrai que l'antisepsie directe donne à certains chirurgiens une telle confiance, que Schröder de Berlin, par exemple, préfère à l'habitation la plus confortable de la campagne, sa clinique bâtie en plein quartier populeux, parce qu'il peut y surveiller lui-même l'application rigoureuse de la méthode antiseptique (1).

Quant aux méthodes de pansement, aux soins consécutifs, ils ont évidemment la même importance chez la femme enceinte opérée que chez les blessés ordinaires; l'antisepsie est de rigueur.

Enfin il faut prendre en considération la gravité et la

(1) Arnould, *L'exposition d'hygiène allemande (Annales d'Hygiène publique, 3<sup>e</sup> série, t. X, page 561, 1883).*

nature de la lésion traumatique ou de l'affection qui nécessite une intervention chirurgicale (Trélat). Il est certain que la trachéotomie, par exemple, donnera des résultats bien différents selon que la femme enceinte sera atteinte de polype du larynx, ou de laryngite diphthérique; nous trouvons dans la thèse de Remak (1) la statistique suivante : 53 trachéotomies pour engorgements strumeux donnent 36 morts.

5	»	»	diphthérie	»	4	»
10	»	»	affections diverses du larynx	»	3	»

De même, pour apprécier exactement le rôle de la grossesse dans la marche et le mode de guérison des plaies, faut-il faire la part des causes accidentelles d'aggravation. Si, une femme enceinte qui vient de subir une opération, au lieu de prendre les précautions nécessaires, commet des imprudences, s'expose au froid, etc., il faudra attribuer les accidents qui pourront survenir à cette imprudence et non à l'état de gravidisme.

En retranchant les faits dans lesquels l'influence exercée sur le traumatisme peut être attribuée à la santé antérieure de la femme, au milieu, à l'oubli des précautions antiseptiques convenables, à la nature de la maladie, aux causes accidentelles, etc., l'actif de la grossesse elle-même se trouve singulièrement diminué. Faut-il croire cependant, avec quelques auteurs, que cet actif est absolument nul ?

Abstraction faite des causes d'aggravation étudiées précédemment, nous pensons que la grossesse peut, par elle-même et sans l'intervention d'aucun facteur étranger, exercer une action plus ou moins fâcheuse sur le traumatisme. Nous citerons volontiers l'observation suivante : « Une

(1) Remak, *Die tracheotomie bei Schwangern*, Berlin, 1882.