

Ces moyens sont pour la plupart illusoires ou dangereux; les suivants ont donné quelques succès :

1° *Ponction du kyste.* — Elle consiste à évacuer le liquide amniotique par une ponction de l'œuf pratiquée, suivant les cas, par la paroi abdominale, par le vagin et même par le rectum. Cette ponction est faite au moyen d'un gros trocart ou d'un trocart capillaire, avec ou sans aspiration. Braxton-Hicks a cherché et a même réussi à blesser le fœtus en pratiquant la ponction. Sur 12 observations réunies par Maygrier, 8 femmes ainsi traitées ont succombé. Cette méthode est non seulement dangereuse, mais inefficace, puisque Fraenkel a vu la grossesse continuer à évoluer, malgré une ponction qui avait donné issue à 20 grammes de liquide.

2° *Ponction du kyste avec injections de substances toxiques.* — C'est Joulin qui, en 1865, proposa d'injecter avec une seringue de Pravaz une substance toxique (atropine ou strychnine) dans le corps du fœtus. Cette méthode fut employée dans 6 cas par Friedreich, Kœberlé, Tarnier, Cohen, Rennert : 5 femmes guérirent et une mourut. Le fœtus succomba dans tous les cas. « 4 fois l'injection fut faite dans des kystes fœtaux ne dépassant pas 5 mois et 4 fois il y eut enkystement, diminution ou disparition de la tumeur. 2 fois l'injection fut faite dans des kystes de 5 à 6 mois (Tarnier et Rennert) et 2 fois il y eut élimination ou tendance à l'élimination... En résumé, avec ce procédé, résultat médiocre dans les grossesses de 5 mois, qui serait excellent au-dessous de 5 mois. Nous disons « qui serait », car il ne faut pas oublier combien le diagnostic de grossesse est difficile avant 5 mois, et l'on peut toujours se demander si l'on a, dans tous les cas, poussé l'injection dans un kyste fœtal et non dans une tumeur d'une autre nature. » (Pinard.)

3° *Emploi de l'électricité.* — Essayée peut-être par P. Dubois, elle fut employée réellement pour la première fois avec succès par Bacchetti (de Pise). Plus récemment Garrigues a fait connaître 8 cas de guérison sur 8, où les médecins américains employèrent l'électricité. Maygrier a trouvé 8 autres observations publiées en Amérique et également suivies de succès.

Ce n'est pas à l'électro-puncture, mais à la faradisation ou aux courants galvaniques qu'il faut avoir recours; le rôle positif est appliqué sur la paroi abdominale et le pôle négatif placé dans le vagin ou le rectum.

B. *Partie moderne.* — Il n'y a que quelques années qu'on traite chirurgicalement les grossesses extra-utérines.

La grossesse extra-utérine doit être considérée comme « une tumeur maligne » (Wœrth) en raison de la gravité du pronostic pour le fœtus et même pour la mère, qui, par cela seul qu'elle a une grossesse ectopique, est en danger de mort.

Pinard a résumé la conduite à tenir pour une grossesse extra-utérine dans la formule suivante, qui diffère de celle de Wœrth : *Toute grossesse extra-utérine diagnostiquée commande l'intervention chirurgicale.*

Une discussion fort importante a eu lieu en janvier et février 1896 à la Société de chirurgie sur le traitement de la grossesse extra-utérine; dans un rapport sur trois observations présentées par Potherat, Picqué a exposé les règles générales qui doivent guider dans la conduite à tenir. Picqué voudrait

séparer, au point de vue du traitement, les cas d'hématocèle ou d'hématosalpinx inhabité et les kystes fœtaux, c'est-à-dire les cas dans lesquels la grossesse ectopique a évolué jusqu'à six mois ou sept, mais dans lesquels le fœtus est mort depuis un certain temps; il ne conserverait ainsi que deux ordres de fait : les cas de grossesse extra-utérine normale, pour lesquels il faut intervenir par laparotomie, et les cas de grossesse extra-utérine compliquée (par rupture et hémorrhagie) pour lesquels on peut recourir suivant les cas, à l'incision vaginale ou à la laparotomie.

Il nous paraît préférable de conserver la distinction que nous avons adoptée pour le diagnostic et d'étudier le traitement de la grossesse extra-utérine pendant la première et pendant la seconde moitié de la grossesse.

A. *Pendant la première moitié de la grossesse.* — Lorsque, dès les premiers mois, le diagnostic de grossesse ectopique paraît s'imposer, la vraie conduite à tenir est d'enlever le kyste fœtal par la laparotomie; Veit a opéré ainsi 16 grossesses récentes, avec ou sans rupture de la poche : 2 femmes étaient moribondes et ont succombé, les 14 autres ont guéri.

Parfois le kyste fœtal est déjà rompu et l'on a tous les symptômes d'une hématocèle. Si l'hémorrhagie est récente, si elle paraît abondante, s'il y a inondation péritonéale, il y a intérêt à ouvrir le ventre, à débarrasser le péritoine des caillots qui l'irritent et à extirper, si possible, la trompe rompue. Lawson Tait, qui s'est surtout montré partisan de l'intervention pendant cette période, a opéré 21 femmes ayant une grossesse tubaire rompue et a obtenu 20 guérisons. Dans les cas, au contraire, où l'hématocèle est peu abondante, ne donne lieu qu'à des symptômes généraux et locaux peu marqués, mieux vaut temporiser, prescrire le repos au lit, les applications de glace sur le ventre, les calmants, etc.

Lorsque la rupture du kyste fœtal s'accompagne d'hématocèle volumineuse, on peut hésiter sur la voie à suivre pour l'intervention. Quelques auteurs préfèrent l'incision vaginale à la laparotomie; Laroyenne (de Lyon) insiste sur les dangers de la laparotomie en pareil cas et attend pour intervenir par la voie vaginale que l'état général soit meilleur, c'est alors qu'avec un trocart spécial il ponctionne le cul-de-sac vaginal et débride avec son métrotome. R. Condamin¹ conseille de compléter cette intervention par l'ablation de la trompe rompue et de l'ovaire adjacent. De Strausch (de Moscou) a vivement critiqué² la méthode de Laroyenne et de R. Condamin en rappelant que les femmes peuvent très bien mourir d'hémorrhagie interne par rupture du kyste fœtal et que la laparotomie, même faite d'urgence dans des conditions peu favorables, permettait de se rendre un compte exact des lésions et donnait des résultats favorables.

Ces résultats favorables ressortent des statistiques de Lawson Tait, de Martin (*Centr. f. Gynæk.* 1892), de de Ross (*Amer. Journ.*, 1895), et de Cestan³ qui a réuni 259 cas de rupture grave de grossesse tubaire : sur 76 cas

¹ *Annales de gynéc.*, 1895, t. XLIV, p. 175.

² *Annales de gynéc.*, 1895, t. XLIV, p. 468.

³ CESTAN Des hémorrhagies intra-péritonéales et de l'hématocèle pelvienne, considérées particulièrement dans leurs rapports avec la grossesse tubaire. Pathogénie. Traitement. *Th. Paris.* 1894.

où il n'y a pas eu d'intervention, on a noté 66 morts, 11 guérisons, soit 86,84 % de mortalité; dans 175 cas, on est intervenu; 4 fois les résultats ne sont pas indiqués; il y a eu 154 guérisons et 55 morts, soit 20,71 % de mortalité.

Lorsque l'hématocèle est enkystée, c'est-à-dire de volume moyen, la plupart des opérateurs préfèrent l'incision vaginale: sur 61 cas rapportés dans la discussion à la Société de chirurgie par Bouilly, Routier, Schwartz, Tuffier, il n'y a eu que 5 décès. Quelques chirurgiens préfèrent même dans ce cas la laparotomie, les uns (Reynier) par crainte des hémorragies et des infections secondaires, les autres (Tessier) parce que la laparotomie permet de voir plus clair et d'enlever les annexes malades.

Hystérectomie vaginale. — Elle n'a point été proposée jusqu'ici comme méthode de traitement de la grossesse ectopique, elle a été cependant pratiquée dans des cas où la tumeur constituée par le kyste fœtal a été prise pour une annexite ou pour un fibrome au fond de l'utérus¹ (Delaunay).

Dans un cas où, ayant diagnostiqué un cancer du col de l'utérus avec tumeur des annexes droites, Rech² pratiqua l'hystérectomie vaginale, il trouva une grossesse tubaire droite: la femme se rétablit. Potherat a pratiqué deux fois l'hystérectomie vaginale, dans un cas pour une grossesse tubo-interstitielle, dans un autre cas pour une hématocèle avec lésion des annexes. Picqué (*Rapport de la Société de chirurgie*) déclare qu'il n'est pas partisan de l'hystérectomie vaginale pour une hématocèle consécutive à une rupture de grossesse tubaire, qu'elle peut à la rigueur trouver son application dans les grossesses interstitielles. « L'affection étant toujours unilatérale, il est, en effet, inadmissible qu'on pratique dans ces cas une opération aussi mutilante... La laparotomie et la colpotomie sont donc, en résumé, les seules méthodes d'application générale, et l'hystérectomie ne peut intervenir qu'à titre absolument exceptionnel. »

B. Pendant la seconde moitié de la grossesse extra-utérine, quelle conduite faut-il tenir? Elle diffère suivant que le fœtus est vivant ou mort, et suivant l'époque de la grossesse.

Le fœtus est vivant, mais ne paraît pas encore viable: faut-il laisser la grossesse évoluer à travers tous les dangers qu'elle fait courir à la mère ou attendre que le fœtus succombe pour diminuer les chances d'hémorragie? La question est discutable: en opérant tout de suite, on sacrifie les quelques minces chances que le fœtus avait de vivre, on met la mère à l'abri des multiples dangers qui la menacent, mais on l'expose à des hémorragies graves qui peuvent se produire au cours de l'opération et qui sont tout à fait exceptionnelles quand le fœtus est mort. Quant au manuel opératoire, si le kyste n'a pas d'adhérences trop solides, on essaie de l'enlever en totalité; sinon on suture les parois du kyste à la paroi abdominale. Il est bien entendu que, dans les faits exceptionnels où l'on se trouve en présence d'une femme dont la grossesse extra-utérine a évolué jusque près du terme, avec un fœtus vivant, il faut le plus rapidement possible opérer.

¹ Bulletin de la Société anatomique, mars 1895, p. 177.

² Centralblatt für Gynäkologie, 1896, n° 46, p. 421.

Pinard¹ est d'avis d'attendre lorsque le fœtus est vivant et que la femme est enceinte de plus de cinq mois; en effet, dit-il, « à cette époque les dangers de l'hémorragie sont sensiblement les mêmes qu'à la fin de la grossesse parce que le placenta, à cette époque, est en grande partie développé. Et c'est pour cette raison que, ne faisant pas courir plus de dangers à la mère, je préfère tenter la chance de sauver l'enfant et faire, comme l'a dit Rein au Congrès international d'obstétrique et de gynécologie de Bruxelles, de la *chirurgie obstétricale absolument conservatrice*. Non pas qu'il faille conserver l'espoir de sauver beaucoup d'enfants en agissant ainsi, car souvent les enfants meurent avant d'avoir atteint l'époque de la viabilité ». Pinard ajoute qu'il est nécessaire de maintenir la femme au repos absolu et, pour avoir toutes les chances d'extraire un enfant bien viable, de ne pas intervenir avant le huitième mois tout à fait accompli.

Comme intervention, Pinard préfère, dans le cas où le fœtus est vivant, ouvrir le kyste, extraire le fœtus et ne pas toucher au placenta, se contentant de la marsupialisation ou de l'extériorisation du sac.

Orillard² a réuni presque toutes les observations de grossesse extra-utérine dans lesquelles on est intervenu alors que le fœtus était vivant; il conclut qu'il est légitime d'essayer de sauver la mère et l'enfant et qu'il faut recourir à la laparotomie.

Assez souvent le fœtus a succombé: ici il faut toujours opérer. Si le kyste fœtal vient de se rompre, surtout s'il est suppuré, il faut opérer sans plus tarder: c'est presque la seule chance de survie pour la mère. Lorsque, au contraire, le fœtus a succombé et qu'il n'y a pas d'accident de rupture ni de putréfaction, mieux vaut attendre un certain temps pour que la circulation kysto-placentaire diminue peu à peu et pour que l'hémorragie soit moins abondante.

Avant d'opérer, il faut bien établir le diagnostic topographique du kyste fœtal par rapport aux organes voisins (vessie, utérus, vagin, etc.) pour choisir la voie opératoire: si le kyste est très accessible par le vagin, si la vessie est refoulée en haut du côté de la paroi abdominale, on a recours à l'*élytrotomie*. Si, au contraire, le kyste est surtout développé dans l'abdomen refoulant l'utérus en arrière, on pratique la *laparotomie*.

Lorsque l'incision abdominale médiane est faite, la technique opératoire varie: en explorant avec la main la surface du kyste, on peut en essayer l'ablation totale, si les adhérences ne paraissent pas trop solides avec les organes voisins. Pour peu que la femme ait eu des poussées péritonitiques pendant sa grossesse, pour peu que les adhérences paraissent intimes, mieux vaut suturer d'abord le kyste sur le pourtour de l'incision abdominale, fendre ensuite le kyste et extraire le fœtus.

Quelquefois celui-ci est très adhérent par certaines de ses parties: après quelques tentatives d'extraction, on laisse ces parties en place plutôt que de s'exposer à déchirer le kyste en voulant quand même extraire la partie retenue.

Il en est de même pour l'extraction du placenta: on peut essayer d'en

¹ Bull. de l'Académie de Médecine, 6 août 1895.

² De l'intervention chirurgicale dans la grossesse extra-utérine lorsque l'enfant est viable, Thèse de Paris, 1894.

extraire la plus grande partie tant que le décollement n'amène pas d'hémorragie. Quelques opérateurs ont laissé le placenta sans plus s'en occuper (Olshausen); d'autres (c'est la pratique usitée à diverses reprises avec succès par Pinard) ne touchent pas au placenta au moment de l'opération et l'enlèvent par fragments au bout de dix-huit à vingt jours, lorsqu'il existe une membrane granuleuse à la surface interne du kyste. De gros tubes à drainage assurent l'écoulement des liquides et permettent de faire des injections antiseptiques au naphthol, à l'eau phéniquée, aussi fréquentes que le nécessitent la température de la femme et l'odeur des liquides. Lorsque cette élimination se fait assez rapidement, les parois du kyste s'accroissent l'une à l'autre; sa cavité se rétrécit et la cicatrisation définitive s'obtient en quelques semaines.

Cauchois¹ a opéré avec succès par cette méthode deux femmes ayant une grossesse extra-utérine, l'une de six mois, l'autre ayant dépassé le terme de quelque jours: dans les deux cas le placenta fut éliminé du vingt et unième au vingt-troisième jour.

Cullingworth² (de Londres), après avoir extrait par laparotomie un enfant vivant, sutura la paroi abdominale; il voulut attendre, pour extraire le placenta après une nouvelle laparotomie, que l'involution des vaisseaux placentaires se soit produite: c'est une méthode qui a été conseillée par L. Tait. Treize jours après la première opération, Cullingworth fut obligé d'intervenir parce que la malade était prise de frissons, de vomissements et de fièvre.

Cette conduite ne nous paraît pas justifiée et nous ne partageons pas l'optimisme de l'opérateur qui, malgré la mort de la femme, qu'il attribue au shock, trouve ce résultat encourageant.

Elytrotomie. — Préconisée par Baudelocque, Cazeaux, etc., cette opération donne des résultats excellents lorsqu'elle est indiquée: elle consiste à inciser le vagin distendu par le kyste fœtal et à faire passer le fœtus à travers cette boutonnière qu'on agrandit en sens divers: quant au placenta, on le laisse en place si la main introduite dans le vagin ne peut le décoller. On bourre la cavité du kyste de gaze iodoformée au milieu de laquelle on introduit un tube à drainage pour favoriser l'écoulement des liquides.

Dans certains cas, il faut traiter une grossesse extra-utérine dont le fœtus mort est en train de s'éliminer soit à travers la paroi abdominale, soit par une autre voie: il suffit la plupart du temps de dilater le ou les trajets fistuleux pour permettre l'extraction ou l'élimination plus rapide des débris du fœtus; quelquefois on se servira d'une pince à os pour extraire une partie un peu volumineuse. Il est même utile, dans certains cas, de réduire le volume de la partie fœtale: témoin le fait rapporté dans la thèse de Deschamps, où Pinard pratiqua la céphalotripsie sur une tête fœtale qui était expulsée par le rectum.

Lorsque le kyste s'est transformé en *lithopédion*, faut-il intervenir? Cela est préférable, parce que cette tumeur peut s'enflammer, suppurer au bout d'un temps plus ou moins long et donner lieu à des complications mortelles.

¹ *La Normandie médicale*, 1895, n° 25.

² *Brit. med. Jour.*, décembre 1894, p. 1422.

HUITIÈME PARTIE

DYSTOCIE

La *dystocie* (δύς, difficile; τόκος, accouchement) comprend l'ensemble des difficultés qui rendent l'accouchement plus ou moins pénible, plus ou moins laborieux, et même impossible.

Tandis que dans l'*eutocie* (εὖ, bon; τόκος, accouchement), tout concourt, aussi bien du côté de l'organisme maternel que de l'organisme fœtal, à la terminaison heureuse, spontanée, plus ou moins rapide, de l'accouchement, ce sont les conditions inverses qui créent la *dystocie*.

On distingue donc deux grandes catégories de faits dans la dystocie, suivant que la difficulté provient: 1° de la mère; 2° du fœtus. Quelquefois plusieurs causes viennent contribuer à rendre l'accouchement difficile: par exemple, une femme ayant le bassin petit doit expulser un fœtus ayant une tête très volumineuse et très ossifiée.

Si l'on voulait suivre un ordre méthodique, dans l'étude de la *dystocie maternelle*, il faudrait commencer par les difficultés qui proviennent de l'utérus, puis du bassin, et, enfin, du vagin, de la vulve, du périnée, etc. — Pour bien faire ressortir ce fait que la principale cause de l'accouchement laborieux est le bassin vicié, il est préférable de commencer par l'exposé de la *dystocie osseuse*, causée le plus habituellement par les viciations pelviennes consécutives au rachitisme; puis nous décrirons la dystocie créée par les parties molles ou *dystocie non osseuse*.

Enfin nous étudierons la *dystocie fœtale*.

Pour être complète, l'étude de la dystocie devrait comprendre les difficultés qu'on rencontre pendant la seconde période de l'accouchement, la *délivrance*; c'est à dessein que nous avons déjà traité ces questions à la suite de la délivrance (p. 520).

Par contre, nous avons compris dans la dystocie quelques chapitres qui n'y rentrent guère qu'à titre d'accidents, de complications survenant au cours du travail. Tels sont les *ruptures de l'utérus*, la *procidence du cordon*, le *thrombus de la vulve et du vagin*.

DYSTOCIE MATERNELLE

La *dystocie maternelle* comprend deux grands chapitres distincts: 1° la dystocie causée par les viciations du bassin ou *dystocie osseuse*; 2° la dystocie causée par les parties molles (utérus, vagin, etc., tumeurs de voisinage).