

que temps les douleurs étaient très vives, l'abdomen tendu et très douloureux au toucher. Cette malade n'a eu qu'un enfant, à l'âge de vingt-sept ans; l'apparition de la tumeur a eu lieu à quarante ans, et la cessation des règles à cinquante. Ayant succombé le 25 septembre 1841, on avait diagnostiqué un kyste de l'ovaire, lorsqu'à l'ouverture du cadavre on trouva que la tumeur était composée de débris de fœtus. Presque tous les os étaient encore réunis par des ligaments, et le squelette était enroulé sur lui-même; le bassin et les membres abdominaux occupaient la partie postérieure de la tumeur, l'occiput la partie antérieure, et la tête constituait la plus grande partie de la masse.

Dans tous les cas que nous venons de citer les fœtus avaient subi diverses altérations; en général ils se racornissent, se dessèchent et se momifient, et le kyste qui les contient s'épaissit, devient fibreux et fibro-cartilagineux et peut rester longtemps dans l'abdomen avec le reste du produit de la conception sans compromettre les jours de la femme. Cependant il arrive quelquefois que le fœtus se recouvre d'une sorte d'incrustation et d'une substance comme plâtreuse, et c'est même ce qui avait fait désigner autrefois les fœtus de ce genre sous le nom de *lithopœdia* ou *fœtus pétrifiés*. Tel était en 1582 celui de Sens, ou *lithopœdium Senonense*, que sa mère avait porté pendant 28 ans; celui de Pont-à-Mousson, en

1659, qui resta 30 ans dans le corps de la femme qui l'avait conçu; celui de Dôle en 1661, qui séjourna 16 ans dans la cavité abdominale où il s'était développé, et dont on doit la relation à *François Bouchard*, professeur de médecine à Dôle; enfin, celui de Toulouse, en 1678, qui était resté 25 ans dans le bas-ventre de sa mère, et dont il est question dans une lettre de *F. Bayle*, publiée en 1678.

Dans d'autres cas, le kyste se transforme en un véritable foyer purulent; le fœtus se décompose, se putréfie, et le sac ne tarde pas à contracter des adhérences avec les parties qui l'environnent, et à s'ouvrir une issue dans la vessie, le cœcum, le colon, l'intestin grêle, le rectum ou à travers les parois abdominales ou le périnée. Lorsqu'il en est ainsi, il survient presque toujours des symptômes graves et une inflammation qui, se propageant aux organes voisins, donne naissance à une fièvre violente qui est plus ou moins rapidement suivie de la mort des malades. Il arrive aussi quelquefois que la femme tombe dans l'étiisie, à la suite d'une abondante suppuration, de même qu'on a vu toutes les parties du fœtus être expulsées les unes après les autres, le kyste se vider peu à peu, la suppuration se tarir graduellement et la plaie se cicatriser ou du moins n'offrir plus qu'un ulcère fistuleux moins dangereux qu'incommode. Quoi qu'il en soit, la grossesse *extra-utérine* offre toujours les plus grands dangers pour la mère et pour



l'enfant, et sa terminaison la plus naturelle est la rupture du kyste et la mort du fœtus.

Le *traitement* et la conduite à tenir dans les cas de grossesses extra-utérines, ne présentent aucune règle bien fixe, à cause de l'impossibilité qu'il y a de reconnaître dans les premiers mois d'une manière positive ce genre de grossesse, et par les dangers qu'offrent les moyens qu'il serait possible d'employer dans tous les cas. Pour les grossesses extra-utérines qui commencent, et sur l'existence desquelles il reste beaucoup d'incertitude, l'emploi de tout moyen actif ou dangereux doit être sévèrement interdit; on doit se borner alors à faire de la médecine symptomatique et à remédier aux douleurs abdominales, au moyen de la diète, d'un régime adoucissant, de bains, de lavements, de cataplasmes et de fomentations émollientes. Il faut en général ne rien tenter avant que l'enfant soit viable, c'est-à-dire avant le septième mois de la gestation, surtout quand la grossesse parcourt ses périodes sans produire d'accidents graves.

Mais lorsque les mouvements sont devenus sensibles pour le chirurgien et pour la femme; lorsqu'on distingue la forme du fœtus à travers les parois abdominales; quand par l'auscultation et le toucher on a pu s'assurer d'une manière presque positive que la tumeur est formée par un fœtus, doit-on alors agir, c'est-à-dire pratiquer la gastrotomie, ou bien doit-

on attendre que le kyste se rompe spontanément? dans ce cas, l'hémorrhagie utérine et l'inflammation consécutive font courir à la femme les plus grands dangers; on ne peut opposer à ces accidents que la diète et le repos absolu, les réfrigérants sur le ventre les boissons tempérantes et froides, et quelques autres moyens qui ne sont que d'un faible secours. Quant à l'inflammation, ne craindrait-on pas d'en augmenter de beaucoup l'intensité en opérant dans ce cas et en incisant les parois abdominales pour extraire le fœtus. Dans pareille circonstance il est bien difficile de donner un conseil, mais cependant nous croyons que l'on ne devrait avoir recours à l'opération que lorsque les symptômes de l'hémorrhagie intérieure auraient disparu; il serait peut être encore plus prudent d'attendre que le kyste et les autres corps étrangers, portés naturellement vers la partie la plus déclive de l'abdomen, aient contracté des adhérences inflammatoires, de sorte que, le foyer des accidents, plus circonscrit, pût être plus facilement mis à découvert par une incision, ce qui ferait moins courir de dangers à la femme.

Cependant, si la grossesse, presque arrivée au terme normal, était accompagnée de douleurs très fortes, et si surtout la rupture du kyste était opérée ou imminente, et qu'on ait d'ailleurs la certitude que l'enfant est vivant, il faudrait alors pratiquer la gastrotomie, qui, malgré les grands dangers dont elle est



suivie, n'augmente pas ceux que court la mère abandonnée à elle-même, et offre des chances de salut pour l'enfant. Avec l'opération la mort de l'une et de l'autre n'est que trop probable, et sans opération elle est à peu près certaine. *Désormeaux* et *M. Velpeau* pensent peut-être avec raison, que la gastrotomie offrirait beaucoup plus de chances de succès, si pour la pratiquer on n'attendait pas que les symptômes de la péritonite, qui est elle-même une maladie mortelle, se soient développés. *M. Velpeau* ajoute qu'en agissant plus tôt, l'opération offre d'autant plus de chance de succès que la grossesse est moins avancée, et que dans ce cas, la vie du fœtus est trop peu probable pour qu'on puisse en tenir compte et la mettre en balance avec celle de la mère. Les auteurs qui sont pour l'expectation et qui veulent qu'on abandonne à la nature le soin de se débarrasser elle-même, citent à l'appui de leur opinion, les exemples assez nombreux de fœtus ayant séjourné de longues années dans la cavité abdominale, et même quand de leur présence il est résulté une inflammation, ils rapportent les observations non moins nombreuses de femmes chez lesquelles le pus s'était frayé une route au dehors et avait entraîné avec lui les débris du fœtus. On reproche d'ailleurs à la gastrotomie le danger d'une opération qui exige une large ouverture du ventre, et surtout l'hémorrhagie inévitable et l'épanchement des eaux qui en

résulte. Ceux qui sont d'une opinion contraire, et qui soutiennent l'opération disent que si l'on n'agit pas, on sacrifie sûrement l'enfant, et on expose la mère au plus grand danger ; que la gastrotomie peut sauver souvent le premier, tout en laissant la femme dans une position plus favorable que lorsqu'elle est abandonnée à elle-même ; enfin que lorsque l'ouverture du kyste se fait au moyen d'une incision, l'épanchement est moins à craindre que lorsque la rupture a lieu spontanément.

Quoi qu'il en soit des diverses opinions que nous venons de faire connaître, nous pensons que l'on doit opérer, même après la rupture du kyste, et qu'en général on ne doit pas attendre que des symptômes de péritonite se soient déclarés, parce qu'alors on a la certitude de voir succomber la mère et l'enfant que l'on pourrait espérer de sauver, l'un et l'autre, en agissant plus tôt.

## DE LA GASTROTOMIE.

La gastrotomie, qui n'est pas l'opération césarienne proprement dite, puisqu'on n'ouvre pas l'utérus, consiste à inciser les téguments du bas-ventre dans une étendue qui permette d'extraire par cette ouverture, un fœtus mort ou vif. Le lieu d'élection est déterminé par la place qu'occupe la tumeur, en prenant, toutefois, les précautions qu'exige la pré-