

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-

sence des vaisseaux. L'incision se fait en coupant couche par couche, d'abord la peau, les muscles, les aponévroses, le péritoine, puis le kyste qui contient le fœtus. On fait l'extraction de l'enfant en le saisissant par les pieds. On fait évacuer autant que possible les eaux et le sang qui peuvent s'être échappés dans le péritoine, puis l'on extrait le placenta, surtout s'il est décollé. On réunit une partie de la plaie avec des points de suture enchevillés, de telle sorte qu'il reste à son angle inférieur une ouverture suffisante pour l'écoulement du pus, du sang et même pour la sortie du placenta, si l'on n'avait pu l'extraire. L'opération terminée, on donne à la femme une situation convenable; on couvre la plaie avec un morceau de linge fin, et par dessus ce dernier on met des gâteaux de charpie et des compresses languettes; enfin l'appareil est maintenu au moyen d'un bandage de corps médiocrement serré. Les soins consécutifs consistent à prévenir autant que possible l'inflammation qui suit cette grave opération en employant les saignées générales et locales, les applications émollientes, les boissons mucilagineuses et tempérantes, la diète, enfin en favorisant l'écoulement des liquides, au moyen d'injections fréquentes. Si l'on a été assez heureux pour sauver l'enfant, on engage la femme à le nourrir, afin de déterminer une fluxion laiteuse qui est un puissant moyen de dérivation.

Dans le cas où la tête du fœtus se serait engagée

dans le petit bassin, de manière à faire une saillie bien distincte et à sembler presque à nu ou du moins recouverte de si peu de téguments qu'on puisse distinguer les sutures et les fontanelles, on devrait inciser le vagin sur la tête de l'enfant et en faire ensuite l'extraction par cette voie. Cette opération, qui a été mise en pratique par *Colomb* de Lyon (1), au quinzième mois de la grossesse, et qui se termina par la mort de la malade, offre moins de danger que la gastrotomie, parceque l'on ouvre le kyste sans découvrir les intestins, et sans qu'on ait par conséquent à craindre d'épanchement; d'ailleurs la position déclive de la plaie donne aux matières liquides un écoulement toujours facile. Pour ajouter encore quelques mots en faveur de la gastrotomie, nous dirons que cette opération a été pratiquée avec succès sur des femmes dont les fœtus étaient morts, par *Abraham Cypriaan* (Loc. cit.), par *Solingen* (Loc. cit.), par *Thomas Bell* (Loc. cit.), par *Breyer* (Loc. cit.), par *Weinhardt* (Loc. cit.), et par quelques autres. Nous terminerons en disant que lorsqu'il s'agira de grossesses extra-utérines dans lesquelles le séjour du kyste aura déterminé une inflammation et une suppuration, on devra se contenter de combattre les accidents, de faire de la médecine des symptômes, d'ouvrir les dépôts, et d'agrandir les ou-

(1) OEuvres médico-chirurg., Lyon, 1798.

vertures de ceux qui se sont ouverts eux-mêmes ; on aidera la sortie des lambeaux de chairs ou des fragments d'os qui s'y présenteraient, ou se seraient formé une issue par le vagin, le rectum et la vessie, ainsi que *Guillaume Josephi* en rapporte un exemple. Enfin on s'opposera à la stagnation du pus ou de matières décomposées, au moyen de bains, d'injections, de lavements, une diète sévère ou un régime analeptique, selon les circonstances.

Dans le cas où l'on aurait à faire à une grossesse extra-utérine stationnaire, sans accident, ce qui n'a lieu qu'après la mort du fœtus, toute tentative ne pourrait qu'aggraver la position des malades, et compromettre leur vie, qui quelquefois peut se prolonger pendant de longues années.

DES MALADIES RELATIVES A LA GROSSESSE.

Les maladies qui sont relatives à la grossesse ont leur siège dans l'organe gestateur ou dépendent de l'influence de cet organe sur les différentes fonctions de l'organisme, c'est-à-dire qu'elles sont ou idiopathiques ou sympathiques.

Parmi les premières nous rangeons la rétroversion, l'antéversion, les obliquités, les prolapsus, les hernies, la fixité, les plaies, les hémorragies et l'avortement. Comme nous avons déjà parlé de toutes ces affections en faisant l'histoire pathologique des organes génitaux de la femme, nous renvoyons nos lec-

teurs aux chapitres qui leur sont consacrés dans cet ouvrage, pour nous occuper de l'avortement, dont il n'a pas encore été question.

DE L'AVORTEMENT OU FAUSSE COUCHE.

On doit entendre par avortement, l'expulsion du fœtus hors du sein de sa mère avant d'avoir atteint un développement nécessaire pour être viable. Ce qui distingue l'avortement de l'accouchement prématuré, c'est que dans ce dernier, le fœtus, quoique étant expulsé avant terme, a acquis une organisation assez parfaite pour vivre séparé de sa mère.

D'après madame *Lachapelle*, l'avortement est plus fréquent à six mois, puis à cinq, puis à trois qu'à tout autre époque de la grossesse.

Désormeaux, d'accord en cela avec l'observation et l'opinion de presque tous les auteurs, pense au contraire que cet accident est d'autant plus commun que la gestation est moins avancée. *Morgagni* a observé qu'il y avait plus d'embryons avortés parmi les filles que parmi les garçons, et à cet égard il est d'accord avec la plupart des auteurs qui ont écrit sur ce sujet.

Les causes de l'avortement sont divisées en efficientes et en déterminantes. Les causes efficientes ne sont autres que les contractions de l'utérus et les efforts musculaires des parois de l'abdomen ; les causes déterminantes doivent être subdivisées en prédisposan-