

méthodes, qui n'entravèrent pas le cours de la grossesse, tandis que le contraire eut lieu lorsque le mercure fut administré par la bouche, probablement, comme il le suppose, parce qu'il produit alors des troubles du système digestif. Il faut se rappeler toutefois que, chez les femmes mariées, il peut être souvent utile de prescrire un traitement anti-syphilitique sans leur en laisser connaître la nature, de sorte que la voie cutanée pour l'emploi du médicament n'est pas toujours pratique.

Epilepsie.

L'influence de la grossesse sur l'épilepsie ne paraît pas être aussi uniforme qu'on pourrait peut-être le croire. Dans quelques cas, le nombre et l'intensité des attaques ont été diminués; dans d'autres, l'affection s'est aggravée. On rapporte même quelques observations dans lesquelles l'épilepsie apparut alors pour la première fois. Il est naturel que la similitude de l'épilepsie et de l'éclampsie fasse craindre souvent qu'une épileptique enceinte puisse être atteinte de convulsions pendant l'accouchement; heureusement, il n'en est pas toujours ainsi, et le travail marche souvent d'une manière satisfaisante sans aucune attaque.

Ictère.

La jaunisse, résultat d'une atrophie jaune aiguë du foie, peut être observée; elle passe même pour avoir été épidémique. Indépendamment des risques graves qu'elle fait courir à la mère, elle produit en général la mort du fœtus et l'avortement. Selon Davidson, elle commence par un ictère catarrhal, l'excrétion des produits biliaires étant entravée par la grossesse, et leur rétention donnant lieu à un empoisonnement du sang fœtal qui accompagne les formes les plus sévères de la maladie. Des attaques légères et passagères de jaunisse peuvent survenir, sans être suivies d'aucune conséquence fâcheuse. Leur production est probablement favorisée par la compression mécanique de l'utérus gravide sur les intestins et les conduits biliaires.

Carcinome.

La grossesse chez une femme souffrant d'une affection maligne de l'utérus n'est pas si rare qu'on pourrait le supposer, et doit être une cause naturelle d'anxiété. Le traitement obstétrical des cas de cette nature sera discuté ailleurs. Si nous sommes prévenus de l'existence de l'affection pendant la ges-

tation, nous aurons à discuter une question : celle de savoir si nous devons essayer de diminuer les dangers du travail en provoquant un avortement ou un accouchement prématuré. Et elle est difficile à résoudre. Ici, nous sommes en présence d'une maladie qui sera certainement mortelle pour la mère avant longtemps, et dont la marche sera accélérée après le travail, tandis que les manœuvres nécessaires pour opérer l'accouchement peuvent être très-préjudiciables aux organes malades. D'un autre côté, par ce procédé, nous sacrifions l'enfant sans être sûrs de diminuer matériellement le danger de la mère. La question ne peut être tranchée que d'après chaque cas particulier. Si nous avons l'occasion de voir la femme au début de la grossesse, en provoquant l'avortement nous pouvons sauver la mère des dangers du travail à terme, peut-être de l'opération césarienne, si l'obstruction est considérable. Dans ces circonstances, l'opération pourrait sans doute être justifiée. Mais, si la grossesse est arrivée au delà du sixième ou du septième mois, à moins que la tumeur maligne ne soit réellement très-petite, il est probable que les dangers de l'accouchement seront aussi grands pour la mère qu'à l'époque de son terme; et il serait alors plus rationnel de lui laisser quelques mois de plus.

On rencontre quelquefois une grossesse chez des femmes atteintes d'une tumeur de l'ovaire, et la conduite à tenir dans ces cas a donné lieu à de grandes discussions. Il ne peut être douteux que ces malades, abandonnées à la nature, soient menacées de conséquences très-graves, souvent même de mort, car l'abdomen ne peut s'accommoder à la fois d'un utérus gravide et du kyste ovarien, qui tous deux augmentent de volume simultanément. La tumeur est exposée à des contusions et à la compression qui en provoquent parfois la rupture avec épanchement de son contenu dans la cavité péritonéale; d'autres fois, il se développe une inflammation chronique, suivie d'épuisement, et la mort de la femme survient soit avant, soit peu de temps après l'accouchement. Le danger pendant le travail, lorsque la femme arrive à terme, est également très-grand.

Sur treize accouchements naturels dont j'ai rassemblé l'observation dans un mémoire sur « *Le travail compliqué d'une tumeur de l'ovaire* ¹, » un peu plus de la moitié furent mortels. Une autre source de danger est la torsion du pédicule et l'étranglement consécutif du kyste, dont on rapporte plusieurs exemples. Il est clair, puisque les risques sont si grands, que dans chaque cas il est bon de considérer s'ils peuvent être amoindris par un traitement chirurgical.

Méthodes de
traitement.

Les moyens que nous avons à notre disposition sont la provocation du travail prématuré, la ponction de la tumeur, ou l'ovariotomie. La question a été particulièrement discutée par Spencer Wells dans ses travaux sur l'*Ovariectomie* et par Barnes dans ses *Opérations obstétricales*. Le premier avance que le meilleur moyen est de ponctionner la tumeur lorsqu'il y a quelque chance de diminuer son volume par ce procédé; mais que, lorsqu'elle est multiloculaire ou que son contenu est solide, l'ovariotomie doit être pratiquée aussi près que possible du début de la grossesse. Barnes, d'un autre côté, établit que le procédé le plus sûr, est d'imiter les moyens dont se sert souvent la nature dans cette complication, et de pratiquer l'accouchement prématuré sans toucher à la tumeur. Il pense que l'ovariotomie est hors de cause, et que la ponction peut être insuffisante en laissant la tumeur encore assez volumineuse pour gêner sérieusement le travail. Si l'on s'en rapporte aux exemples connus, ils paraissent démontrer, sans aucune espèce de doute, que la ponction pendant la grossesse n'est pas plus dangereuse qu'à tout autre moment, et que l'ovariotomie peut être entreprise pendant la gestation avec certaines chances de succès. Wells rapporte dix observations dans lesquelles il y eut une intervention chirurgicale. Dans l'une, on fit la ponction, dans neuf l'ovariotomie; huit de ces malades guérirent, et la grossesse alla à terme chez cinq d'entre elles. D'un autre côté, cinq cas furent abandonnés à eux-mêmes: dans les uns la grossesse alla à terme, dans les autres il y eut accouchement pré-

1. *Obst. trans.*, vol. IX.

maturé spontané; trois femmes moururent. Les faits ne sont pas assez nombreux pour trancher la question, mais ils favorisent certainement plutôt l'opinion de Wells que celle de Barnes. On doit observer que, à moins d'abandonner tout espoir de sauver l'enfant, et de pratiquer l'avortement à une période peu avancée, les risques du travail prématuré, lorsque la grossesse est suffisamment avancée pour espérer avoir un enfant viable, seraient presque aussi grands que ceux du travail à terme; et la question de l'intervention ne sera discutée que dans les cas de grosses tumeurs, qui sont presque autant affectées par la compression de l'utérus gravide à sept ou huit mois, que par l'utérus à terme. Les petites tumeurs échappent généralement à l'attention et sont plus facilement refoulées devant la partie qui se présente dans l'accouchement. Le succès de l'ovariotomie pendant la grossesse est certainement assez grand, et il faut nous rappeler que la femme doit nécessairement être soumise aux risques de l'opération un plus tôt ou un peu plus tard; le cas n'est donc plus le même que celui dont un avortement heureux termine les dangers. Si même l'opération mettait fin à la grossesse, — et il y a au moins quelque chance pour que cela n'arrive pas, — les risques de la mère ne seraient pas augmentés; quant à l'enfant, le résultat pour lui serait le même qu'après un avortement intentionnellement provoqué. En somme, il semble donc que le meilleur procédé pour la mère et pour l'enfant soit de recourir à la pratique, en apparence héroïque, recommandée par Wells. Notre détermination doit, toutefois, être un peu influencée par l'adresse et l'expérience de l'opérateur. Si le chirurgien n'a pas acquis cette habileté qui est si essentielle pour le succès d'une ovariectomie, les intérêts de la mère seront mieux sauvegardés en pratiquant l'avortement aussi près que possible du début de la grossesse. Il faut donc recourir à l'une ou à l'autre de ces méthodes; car en dépit de quelques observations dans lesquelles plusieurs grossesses successives ont pu survenir chez des femmes qui avaient des tumeurs de l'ovaire, les risques sont tels que

l'expectation n'est pas justifiée. Si la rupture du kyste avait lieu, il n'y a pas de doute qu'on devrait recourir à l'ovariotomie dans le but d'extraire la poche déchirée et son contenu extravasé.

Tumeurs fibreuses.

La grossesse peut être observée dans un utérus atteint d'une ou plusieurs tumeurs fibreuses. Si elles sont situées tout à fait à la partie inférieure et dans une position telle que le passage du fœtus doit être entravé, elles peuvent sérieusement compliquer l'accouchement. Lorsqu'elles siègent au fond ou sur le corps de l'utérus, elles risquent de provoquer des hémorrhagies ou d'autres accidents, par inflammation de leur tissu propre. Comme leur structure est analogue à celle des parois utérines dans lesquelles elles sont contenues, elles participent au développement de l'utérus pendant la grossesse, et souvent augmentent remarquablement de grosseur. Cazeaux dit : « J'en ai vu dans quelques cas acquérir en trois ou quatre mois un volume qu'elles n'auraient acquis que dans plusieurs années chez une femme non enceinte. » De même, elles participent à l'involution générale de l'utérus après l'accouchement et diminuent souvent beaucoup de volume, ou même disparaissent entièrement. J'ai rapporté ailleurs¹ quelques curieux exemples de ce fait; et la disparition complète de tumeurs, même volumineuses, a été notée par des auteurs dont la certitude d'observation ne peut être mise en doute.

Traitement.

Le traitement variera avec la situation de la tumeur. Si l'on est certain que le passage de l'enfant sera obstrué, l'avortement devra être provoqué aussitôt que possible. Si la tumeur est hors de ce passage, l'avortement n'est pas indiqué d'une façon si formelle. Le plus grand danger dans ce cas naîtra de l'obstacle apporté par la tumeur à la contraction de l'utérus après l'accouchement, et par conséquent des risques d'hémorrhagie. Si cette hémorrhagie se produisait, l'écoulement du sang serait arrêté de la même manière que dans une grossesse normale, surtout par une injection de perchlorure de fer. J'ai cependant vu plusieurs cas dans lesquels l'accouchement s'est fait dans de

1. *Obst. trans.*, vol. V.

semblables conditions sans aucun accident grave. Le danger d'une inflammation et d'une expulsion ultérieure des masses fibroïdes serait probablement aussi grand après un avortement ou un travail prématuré qu'après l'accouchement à terme. Il semble donc que la règle à suivre soit d'intervenir seulement lorsque les tumeurs doivent empêcher l'accouchement, et dans les autres cas de laisser la grossesse suivre son cours en se préparant à combattre toute complication à mesure qu'elle surgira. Nous engagerons les femmes atteintes de tumeurs fibreuses utérines d'un certain volume, à rester célibataires; elles éviteront ainsi tous les risques de la grossesse.