

l'Académie de médecine une femme guérie chez laquelle il annonça avoir extirpé l'utérus entier.

Pour les seuls cas d'ablation de tumeurs fibreuses intra-abdominales, pédiculées ou non, avec ou sans ablation d'une portion de la matrice, fixées à ce viscère, aux ovaires, ou péri-utérines, M. Cucarelli (de Rome) en a réuni 22, depuis celui de Granville, 21 mars 1827, jusqu'au sien, datant de juillet 1868. Sur ce nombre, il compte 8 guérisons et 14 morts (*Tribune médicale*, 3 janv. 1869).

Ces faits montrent, sans doute, l'extrême résistance de certaines individualités aux traumatismes les plus dangereux, mais ils sont un encouragement fâcheux à des témérités excessives; des erreurs de diagnostic ou la plus impérieuse nécessité les rendent seules excusables, dans l'état actuel de l'art.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE.

Les cas de grossesse extra-utérine peuvent se rapporter aux cinq genres suivants : *grossesse ovarique, abdominale, tubaire, interstitielle et utéro-tubaire*. Ce n'est pas ici le lieu d'entrer dans des détails relatifs au siège précis que peut occuper l'ovule dévié, et au mécanisme présumé de cette déviation. On sait que Velpeau a nié l'existence de la grossesse ovarique *interne*; que la grossesse tubaire est de beaucoup la plus fréquente; que l'interstitielle ne paraît être qu'une grossesse tubaire déviée, l'ovule arrêté dans la trompe s'étant développé sur un point de l'une des parois qu'il a repoussé et dilaté etc. Nous ne pouvons exposer ici les signes, souvent si incertains, de ces grossesses; signes fournis par l'exploration abdominale et par le toucher, qui ne révèle alors que de légers changements dans l'état de l'utérus. Les caractères sont plus tranchés quand le kyste est fixé dans l'excavation recto-vaginale.

On sait que cette grossesse se termine habituellement : 1° par la mort du fœtus, qui se momifie ou se dissout, le sac se transformant en un véritable foyer purulent ou en un kyste quelquefois énorme; 2° par la rupture de l'œuf et du sac accidentel, la terminaison la plus ordinaire, qui cause la mort en quelques heures ou en quelques jours, par hémorrhagie ou péritonite.

Il est difficile, dans les trois premiers mois, de reconnaître une grossesse extra-utérine; mais dès qu'on est parvenu à la diagnostiquer, il faut *débarrasser la femme du produit de la conception*, qui mettra les jours de la mère en un danger d'autant plus grand que l'époque de la grossesse sera plus avancée.

On ne doit pas attendre les accidents ni la fin du septième mois,

dans l'espoir d'extraire l'enfant vivant : cette vie est trop précaire pour ne point être sacrifiée à celle de la mère. Quelle que soit l'époque de la grossesse, que l'enfant soit mort ou en vie, le kyste intact ou rompu, l'indication reste la même.

La seule opération praticable, à l'exception des cas que nous spécifierons plus loin, est la gastrotomie. Il est rare que le kyste n'ait pas contracté d'adhérences avec un point quelconque des parois abdominales; c'est sur ce point que portera l'incision, sauf le cas du voisinage d'un organe important.

Si l'on craignait qu'il n'existât point d'adhérences, comme M. Sédillot en a observé un exemple avec M. le professeur Hirtz, on agirait selon la méthode de Graves, qui pratique l'opération en deux temps. Dans le premier, on incise les parties molles jusqu'au péritoine exclusivement; le kyste s'engage dans l'écartement de la plaie, s'y fixe, et est divisé huit ou dix jours plus tard.

Le kyste communique-t-il au dehors, le *débridement* en est indiqué. Les adhérences mettent à l'abri d'un épanchement péritonéal, et ce cas rentre dans celui de tous les vastes foyers, qu'il est avantageux d'ouvrir largement.

La poche existe-t-elle dans l'excavation recto-vaginale, on pénétrera par le vagin, suivant le conseil déjà donné par Baudeloque. Dans trois cas, l'enfant fut ainsi extrait vivant.

M. le docteur G. Philippiart (de Roubaix) a incisé un kyste fœtal, datant de quinze mois, par le vagin, où il faisait saillie. Le fœtus n'ayant pu être extrait immédiatement, s'altéra et devint fétide; des accidents infectieux se manifestèrent et la malade allait succomber, quand au vingt-quatrième jour de l'opération le chirurgien se décida à extraire le fœtus avec une longue pince à crochet, et l'amena au dehors en totalité. Un mois plus tard la malade était parfaitement guérie. (*Gaz. des hôp.*, n° 107, 1865.)

Si on rencontrait une contre-indication à l'extraction par le vagin, on la ferait par le rectum; l'expérience a démontré que cette opération, quoique plus difficile, peut encore être suivie de succès.

Appréciation. Quel que soit le point où l'opération est exécutable, elle offre plus de chance de salut que l'expectation, et doit être faite le plus promptement possible, comme le voulait Désormeaux. Les réussites assez nombreuses qui ont déjà été obtenues deviendront plus fréquentes encore par l'application de ce précepte. On a vu, il est vrai, le produit de la conception s'envelopper d'un kyste protecteur, se convertir en adipocire ou être éliminé par parcelles au milieu de la suppuration; mais ces chances heureuses sont extrêmement rares, et il y aurait danger à compter sur cette terminaison exceptionnelle.