

ceur. Polk déclare que le plus grand nombre des salpingites guérissent spontanément; il avait cru jadis qu'il fallait les opérer. Goodel pense que jamais on n'a abusé autant d'une opération. Or, c'est au moment où l'on s'élève à l'étranger contre l'abus de cette opération, que quelques chirurgiens français se lancent dans la pratique de la salpingotomie avec une ardeur regrettable. Espérons qu'ils suivront bientôt les chirurgiens étrangers dans leur réaction, non contre l'usage, qui peut être justifié dans quelques cas exceptionnels, mais contre l'abus actuel de la salpingotomie.

CHAPITRE XII

Grossesse extra-utérine.

L'œuf fécondé peut, par anomalie de position, se développer dans la trompe, dans la trompe et l'utérus, dans l'ovaire, dans une corne utérine rudimentaire, dans l'abdomen. Le fœtus continue son évolution plus ou moins complète dans ce siège anormal, mais, comme il ne peut être expulsé par les voies naturelles, il se produit des phénomènes morbides qui peuvent se résumer sous les trois chefs suivants : 1° le fœtus meurt et se transforme en lithopœdions qui peuvent séjourner de longues années dans l'abdomen; 2° le kyste fœtal se rompt et il se produit une hémorrhagie mortelle pour la mère et pour le fœtus; 3° le fœtus agissant comme corps étranger détermine une inflammation plus ou moins vive et il est éliminé par des voies diverses.

Kiwisch sur 100 observations n'a trouvé que 18 guérisons; 7 fois par élimination spontanée du fœtus, 8 fois par conservation et transformation du fœtus, 1 fois l'enfant et la mère survécurent à l'opération, 2 fois la mère seule fut sauvée par l'intervention chirurgicale; c'est donc une mortalité de 82 p. 100.

Voir Hecker en réunissant 132 cas de grossesse abdominale a trouvé 76 guérisons : 62 après expulsion spontanée, 14 après intervention chirurgicale. Dans les 56 cas mortels, la mort survint 44 fois après expulsion spontanée, 12 fois après intervention chirurgicale; c'est une mortalité de 42 p. 100. Sur 150 grossesses tubaires dont les observations ont été rassemblées par Henning, il y eut 133 morts, dont 6 après opérations, et seule-

ment 17 guérisons dont 11 après intervention chirurgicale. La mortalité atteint ici 88 p. 100 et il faut tenir compte du résultat heureux des 11 opérations, car sans elles la mortalité eût été probablement de 96 p. 100.

La gravité de la grossesse extra-utérine devait, on le conçoit, engager les chirurgiens et les accoucheurs à intervenir, soit pour arrêter la marche de la grossesse, soit pour extraire le fœtus ou l'enfant arrivé à terme. Scanzoni a conseillé la ponction du kyste fœtal. Martin la fit au travers des parois de l'abdomen; Braxton Hicks, Simpson, Greenlach par le vagin. Seule Popérée de Greenlach survécut. Joulin propose de tuer le fœtus en injectant dans l'œuf de la morphine; Friedreich et Kœberlé réussirent par ce moyen; Rennert réussit également par la morphine unie à l'acide phénique. Burci et Bacchetti dans deux cas tuèrent le fœtus en introduisant deux aiguilles à acupuncture qu'ils mirent en rapport avec une batterie galvanique. La mère guérit. Ce procédé fut employé avec succès dans ces dix dernières années par Lovring, Landes, Garrigues, Rockwell, Munde, Bozeman et Gaillard Thomas.

Il était naturel qu'on songeât à extraire le fœtus par une opération chirurgicale, tantôt dans les premiers mois de la grossesse pour prévenir la rupture du kyste, tantôt à une époque plus avancée avec l'espoir de sauver l'enfant. L'opération s'est faite le plus souvent par la laparotomie, quelquefois par la kolpotomie, c'est-à-dire par l'incision vaginale.

1° *Elytrotomie.*— Il est des cas dans lesquels le développement du kyste fœtal se fait de telle sorte que l'utérus vide est repoussé en haut derrière le pubis, tandis que le kyste proémine fortement dans le vagin dont il soulève la paroi postérieure. Bandl a extrait par une incision vaginale un fœtus pesant 2,325 grammes, malheureusement la femme succomba le deuxième jour. Campbell a réuni 9 cas dans lesquels on fit cette opération. Dans 3 de ces cas la mère et l'enfant moururent, dans 3 autres cas la mère et l'enfant survécurent; dans 2 cas la mère guérit, mais l'enfant mourut, dans un cas l'enfant fut sauvé mais la mère succomba.

2° *Laparotomie.*— On a beaucoup discuté pour savoir si en cas de rupture du kyste il fallait faire la laparotomie, extraire le fœtus et arrêter l'hémorrhagie. L'opinion de la plupart des gynécologistes se range du côté de l'intervention. C'est en effet la pratique la plus rationnelle; attendre ou plutôt s'abstenir, c'est se résoudre à laisser mourir la malade; sans doute le succès de

l'intervention est fort douteux, mais c'est le seul moyen de sauver la mère. La laparotomie dans les grossesses abdominales peut être faite pendant la vie ou après la mort du fœtus. Si le diagnostic a été bien établi, il ne faut pas trop attendre et faire l'opération à la fin du huitième mois. Le danger est surtout du côté du placenta qui peut occasionner des hémorragies, et le sang s'infiltrant dans l'abdomen peut être l'origine d'une péritonite septique. Il faut donc se garder de vouloir enlever de suite le placenta, attendre que les vaisseaux maternels se soient oblitérés et que le placenta ait commencé à se détacher spontanément. Les résultats ont été fort différents suivant que l'enfant était vivant ou mort au moment de l'intervention. Keller a réuni 11 observations de laparotomies faites à terme. Sur 11 mères, 4 opérées par Schreger, Muller, Ring, Gardien guérirent. Sur 12 enfants (dans le cas de Sale il y avait deux jumeaux) 8 furent sauvés.

Les statistiques rassemblées par Litzmann et Werth ont donné de moins bons résultats, car sur 17 femmes opérées, 2 seulement guérirent. L'opération faite après la mort de l'enfant a donné de meilleurs résultats, ce qu'il est facile de comprendre puisque le placenta a perdu sa vitalité. Litzmann sur 10 cas opérés moins de six semaines après la mort du fœtus constate 2 guérisons et 8 morts, tandis que sur 23 cas opérés de six semaines à un an après la mort du fœtus il y eut 17 guérisons et 6 morts. Werth sur 25 autres cas compte 17 guérisons et 8 morts. En réunissant ces deux statistiques qui se complètent, nous comptons, sur 58 cas 36 guérisons et 22 morts, c'est une mortalité de 37 p. 100. Ces résultats qui s'amélioreront certainement encore ne laissent pas de doute sur l'utilité de la laparotomie dans la grossesse extra-utérine. Faut-il en la pratiquant se borner à ouvrir la poche, faut-il au contraire en tenter l'extirpation? c'est une question actuellement discutée mais sur laquelle nous manquons encore d'éléments suffisants d'appréciation.

CHAPITRE XIII

Opération césarienne.

Pratiquée pour la première fois sur la femme vivante en 1500, par un châtreur de truies nommé Jacques Rufer, sur sa propre

femme et avec succès, elle est pratiquée tantôt sur la femme morte et alors la seule règle est d'inciser largement pour extraire l'enfant avec plus de promptitude et de sécurité; tantôt sur la femme vivante, et l'on a multiplié les procédés. Les uns ont essayé d'arriver au col utérin sans léser le péritoine, à l'aide d'une incision transversale au-dessus du pubis ou au-dessus de la crête iliaque, ou bien d'une incision oblique parallèle au ligament de Poupert. Les autres, ouvrant le péritoine, ont fait leur incision en travers, entre le muscle droit et le rachis, ou verticale, en dehors des muscles droits. Tous ces procédés sont abandonnés, et l'on préfère à bon droit une incision sur la ligne blanche.

L'incision abdominale se fait sur la ligne blanche avec les mêmes précautions que dans l'ovariotomie. On refoule les intestins, on met à découvert l'utérus et on l'incise couche par couche, rapidement pour éviter la perte de sang. On ménage autant que possible les membranes, jusqu'à ce que l'on ait agrandi suffisamment l'incision de l'utérus. On rompt les membranes, on saisit le fœtus, on l'extrait avec précaution et on lie le cordon. L'enfant enlevé on décolle le placenta et les membranes, on les extrait, et avec les doigts introduits dans l'utérus, on titille sa face interne pour exciter ses contractions. La suture de la plaie interne a été conseillée et faite par un grand nombre d'opérateurs et déconseillée par un plus grand nombre; elle paraît plus nuisible qu'utile, d'ailleurs elle peut être considérée comme inutile, car en raison du retrait de l'utérus la plaie fort diminuée d'étendue n'a pas de tendance à s'écarter. Quant à la suture de l'abdomen, elle ne doit être faite qu'après que l'utérus est revenu sur lui-même et ne donne plus de sang. Elle peut donc être quelquefois différée d'une heure.

Mayer a trouvé les résultats suivants pour 1605 opérations pratiquées en divers pays.

	Opérées.	Guéries.	Mortes.	Mortalité p. 100.
Angleterre	480	236	244	50
Allemagne	712	332	380	53
France	344	153	191	55
Belgique.....	11	4	7	63
Italie.....	46	5	41	87
Amérique.....	12	8	4	33
	1605	738	867	54

L'opération a été répétée un certain nombre de fois sur les