

mois, d'entendre un bruit de souffle d'intensité variable, mais c'est le toucher combiné au palper qui donnera les renseignements les plus précis.

Le col utérin, dévié tantôt en avant, tantôt en avant et latéralement, présente les modifications de consistance qui accompagnent d'habitude la grossesse.

Le corps de l'utérus est semblablement dévié et augmenté notablement de volume; sa consistance est également plus molle qu'à l'état normal, il est quelquefois transversalement aplati. Contractions intermittentes des parois utérines, qui, d'après KALTENBACH et BANDL, seraient pathognomoniques.

A côté de l'utérus, on trouve une ^{tumeur} douleur tantôt nettement isolable, tantôt se confondant plus ou moins avec le corps de la matrice (cas où le diagnostic devient très difficile), tumeur qui n'est autre que le kyste fœtal et dont le volume varie avec l'âge de la grossesse; on n'arrive à sentir à son niveau une fluctuation nette et la présence de petites parties fœtales, que vers le quatrième mois, c'est-à-dire au moment où les signes de certitude vont apparaître.

2° *Période de certitude.* — La tumeur péri-utérine a grossi en même temps que le fœtus qu'elle contient, et ce fœtus, suffisamment développé, est la source de signes de certitude analogues à ceux qui existent dans la grossesse normale, à savoir le ballottement abdominal, le ballottement vaginal, les bruits du cœur fœtal, la sensation des mouvements fœtaux et enfin les bruits que peuvent produire ces mouvements¹.

Les autres signes sont analogues à ceux de la précédente période, avec les différences locales qu'amène l'augmentation du kyste fœtal.

Faux travail. — Vers le terme de la grossesse, *avant ou après la mort de l'enfant*, surviennent des contractions utérines douloureuses qui simulent absolument une ébauche de travail. Mais l'accouchement se borne à l'expulsion d'une certaine quantité de sang accompagnant la caduque que l'utérus décolle et chasse en se contractant. — Ce pseudo-travail dure de quelques heures à une semaine. — Les douleurs se calment et la période de rétention commence. — Ce faux travail est souvent accompagné d'une montée de lait analogue à celle de l'accouchement véritable.

3° *Période de rétention.* — Le ventre diminue de volume, grâce à l'affaissement du kyste qui le distend. — Tous les phénomènes sympathiques de la grossesse disparaissent. — Les règles se rétablissent après un temps variable et reprennent leur régularité habituelle. L'examen direct permet de suivre la réduction du kyste fœtal, qui subit une sorte d'atrophie généralisée et progressive.

Cette période de rétention commence parfois avant le terme normal de la grossesse, alors que l'enfant succombe prématurément, elle peut même faire

¹ Un des signes de certitude de la grossesse normale fait ici défaut, c'est la sensation directe d'une partie fœtale obtenue à l'aide du toucher explorateur. — Ce signe, qui peut exister avec une grossesse normale, grâce à la perméabilité du col, fait naturellement défaut avec une grossesse extra-utérine où le kyste péri-ovulaire est clos de toutes parts.

directement suite à la première période, quand le fœtus meurt avant l'apparition des signes de certitude.

b. Grossesse extra-utérine interrompue par accident. — Laisant de côté certains accidents exceptionnels, tels que la cachexie ou l'obstruction intestinale, nous envisagerons les deux complications habituelles de la grossesse extra-utérine, c'est-à-dire la *rupture* du kyste et la *péritonite*, l'une et l'autre susceptibles d'exister séparément ou simultanément.

La *rupture* du kyste fœtal peut arriver à un moment quelconque des trois périodes précédemment étudiées.

Dans la première période ou d'incertitude, elle amène l'*hématocèle*, dont elle représente un des facteurs étiologiques les plus importants; elle peut également aboutir à la *péritonite*, à la *mort subite* ou *prompte* par l'abondance de l'hémorragie intra-péritonéale.

Dans la seconde période, les conséquences sont les mêmes, mais avec une gravité plus marquée, étant donné le plus grand développement de l'œuf.

Dans la troisième période, la rupture, quoique possible, devient relativement rare, car l'œuf subit une régression progressive.

La *péritonite* sera *localisée* ou *généralisée*. *Localisée*, elle est la conséquence de l'irritation causée par la présence du kyste fœtal; elle peut s'étendre et se généraliser, mais le plus souvent la *péritonite généralisée* résulte de la rupture de ce kyste, soit normal, soit après suppuration préalable. — Dans l'un et l'autre cas cette complication inflammatoire est susceptible de survenir à une époque quelconque de la grossesse, voire même, quoique beaucoup plus rarement, pendant la période de rétention. — Les symptômes et la marche de la *péritonite* diffèrent peu de ceux qui caractérisent cette affection; il est inutile de les retracer ici.

DIAGNOSTIC.

Premier trimestre. — La grossesse extra-utérine est caractérisée par :

- Des douleurs abdominales;
- Des hémorragies génitales;
- Une tumeur péri-utérine.

Le diagnostic doit être fait avec des fibromes utérins, la pyosalpingite, l'hydropisie des trompes, les kystes de l'ovaire simples ou compliqués de grossesse utérine avec fœtus vivant ou mort, les inflammations péri-utérines, l'hématocèle, la grossesse dans un utérus double. — Ce diagnostic est des plus difficiles, car : 1° la grossesse est douteuse; 2° la tumeur n'est pas toujours nettement séparable du corps de l'utérus.

Le diagnostic se basera sur la coexistence des symptômes de grossesse se manifestant par les phénomènes sympathiques habituels dans cette première période et coïncidant avec la présence en arrière ou sur les parties latérales de l'utérus, d'une tumeur élastique rénitente, souvent animée de battements artériels, et s'accompagnant de douleurs du bas ventre, avec irradiation au niveau des aines et prédominance d'un côté.

Les renseignements qu'en pareil cas on a demandé au curage de l'utérus sont illusoires.

Deuxième trimestre. — Le plus souvent le médecin est appelé à faire le diagnostic dans les trois circonstances suivantes :

Hématocèle ou hémorragie interne ;
Péritonite ;
Mort subite.

Les antécédents de la femme et l'examen direct pourront parfois conduire au diagnostic ; le plus souvent on n'aura qu'un simple soupçon, et l'ouverture du ventre, soit sur le vivant dans un but thérapeutique, soit sur le cadavre comme simple vérification, viendra seule éclairer la situation.

Troisième trimestre. — Les signes de certitude ont fait leur apparition, on sait que la femme est enceinte, mais il s'agit de déterminer si la grossesse est intra ou extra-utérine.

Les erreurs de diagnostic sont fréquentes. — *Cas de HUGUIER :* A l'hôpital Beaujon, une femme avait été examinée par plusieurs médecins; on était d'accord sur l'existence de la grossesse extra-utérine, dont le diagnostic reposait sur la superficialité du fœtus et sur la dureté du col utérin, qui semblait se détacher de la tumeur; tout était préparé pour la laparotomie, qui, par suite du manque d'un instrument, fut remise au lendemain; la femme accoucha spontanément pendant la nuit; la grossesse était normale¹. — *Cas de DEPAUL :* Une malade est supposée atteinte de grossesse extra-utérine; pour confirmer le diagnostic, on pratique le cathétérisme utérin, qui amène l'écoulement du liquide amniotique; on croit à une erreur de diagnostic et à une grossesse utérine; la femme succombe, on fait l'autopsie et on trouve une grossesse extra-utérine; le cathéter avait perforé le tissu utérin et pénétré dans le kyste fœtal, permettant ainsi l'écoulement du liquide amniotique.

On peut croire à tort à l'existence d'une grossesse extra-utérine, alors que par la palpation le fœtus semble très superficiel, ce qui est souvent dû à l'amincissement de la paroi utérine, et quand par le toucher on trouve un développement sacciforme ou une rétroversion de l'utérus gravide (v. p. 492). Le diagnostic est souvent très difficile; le cathétérisme utérin, qui expose à l'avortement si la grossesse est utérine, donne des renseignements incomplets, car l'instrument peut pénétrer dans un utérus gravide sans rompre l'œuf et faire croire par erreur à sa vacuité, ou, comme dans le cas de DEPAUL, amener en perforant l'utérus l'écoulement du liquide amniotique et induire dans l'erreur contraire. — Seul le toucher intra-utérin avec dilatation préalable du col (dilatateur mécanique, tige de laminaire, éponge préparée) permettra un diagnostic certain, mais on ne sera autorisé à recourir à ce moyen violent, et susceptible de compromettre le cours d'une grossesse normale, que dans le cas où, soit la santé de la femme, soit la grande pro-

¹ Quelques malades ont subi la laparotomie pour des grossesses normales, supposées à tort extra-utérines. Voir Harris, *Amer. J. of obstetrics*, 1882, p. 192.

tabilité de la grossesse extra-utérine, nécessitent cette exploration dangereuse.

Faux travail. — On peut être appelé à assister une femme atteinte de coliques utérines, qu'on prend pour un travail normal, alors qu'il s'agit du faux travail survenant dans le cours d'une grossesse extra-utérine. L'expulsion de débris de caduque, l'absence d'ouverture du col malgré les contractions utérines, au besoin le toucher intra-utérin, mettront sur la voie du diagnostic.

Période de rétention. — Quand on a pu suivre la femme pendant l'existence des signes de certitude, et qu'on a assisté à la mort du fœtus et à la régression du kyste, le diagnostic est relativement facile, surtout si on se rappelle que dans une grossesse utérine l'œuf ne séjourne pas plus de dix mois (ou dix mois et quelques jours, voir p. 195) dans la cavité de la matrice. *Si onze mois après l'époque supposée de la conception, un fœtus mort n'a pas été expulsé, il y a grandes chances pour qu'on soit en présence d'une grossesse extra-utérine.* Dans le cas de doute sur le début de la grossesse, ce critérium fera défaut ou du moins il faudra attendre un temps suffisant pour être sûr que le fœtus a séjourné au moins onze mois dans l'abdomen.

Lorsque le fœtus succombe de bonne heure ou quand pour la première fois on est appelé pendant la période de rétention, le diagnostic devient des plus ardu, et doit être posé avec la plupart des tumeurs qui peuvent se développer autour de l'utérus, notamment avec les kystes de l'ovaire et les fibromes de l'utérus. — C'est par les antécédents, par l'exploration de la tumeur, au niveau de laquelle on pourra parfois deviner l'existence du fœtus (crépitation produite par le chevauchement des os de la tête, sensation d'une partie fœtale), enfin par la marche de l'affection, régressive s'il s'agit d'un fœtus mort, progressive dans le cas où il existe une tumeur d'une autre nature, qu'on résoudra le diagnostic.

Cas spéciaux et complexes. — Je me contenterai de signaler quelques uns de ces cas :

- 1° Grossesse extra-utérine ancienne ou récente, coïncidant avec une grossesse utérine ;
- 2° Grossesse extra-utérine compliquée d'hydramnios ;
- 3° Grossesse extra-utérine, variété péritonéale, se développant dans un sac herniaire.

PRONOSTIC. — Le pronostic est toujours sérieux, et pour l'enfant dont il ne faut tenir ici qu'un faible compte, et surtout pour la mère, constamment exposée à la rupture du kyste, à la péritonite, complications dont on connaît toute la gravité.

TRAITEMENT.

a. Ressources thérapeutiques.

1° Moyens palliatifs :

Ergotine contre les hémorragies ;
Calmants contre les douleurs abdominales.

2° *Moyens fœticides :*

RITGEN. Diète, cure de la faim (inutile).

BARNES. Syphilisation de la femme (moyen singulier, inacceptable).

MALIRE. Emploi de sacs de sable, le poids croissant, qu'on applique sur le ventre (insuffisant).

P. DUBOIS. *Electricité*. — L'électricité a été employée sous trois formes différentes : tantôt l'électropuncture, deux aiguilles étant enfoncées dans le kyste fœtal, tantôt le courant continu, tantôt le courant interrompu, les pôles étant, dans ces deux derniers cas, appliqués l'un sur la paroi abdominale, l'autre dans le rectum ou le vagin ; quatre à six séances de dix minutes environ suffisent en général à amener la mort du fœtus. — L'électricité, surtout dans ces deux dernières formes, constitue un excellent moyen fœticide, auquel on pourra recourir avec succès, de préférence dans les premiers temps de la grossesse.

BASEDOW. — *Ponction du kyste*. — Moyen infidèle et dangereux, car il expose à la péritonite.

JOULIN. Ponction du kyste, suivie d'une *injection de morphine ou d'atropine*, ou d'une solution de chlorure de zinc à 5 p. 100 (SOTCHAW), destinée à pénétrer dans l'organisme fœtal. Moyen plus efficace que le précédent, mais également dangereux.

Parmi les différents moyens fœticides, nous voyons donc que l'électricité est le seul qui mérite d'être conservé ou employé.

3° *Ablation de l'œuf ou du fœtus seul.*

Soit par l'abdomen. — *Gastrotomie*.

Soit par le vagin. — *Elytrotomie*.

La première opération est à conseiller quand le kyste fœtal ne proémine pas au niveau des culs-de-sac vaginaux, sinon on lui préférera l'élytrotomie.

La *gastrotomie* se pratiquera de la façon suivante :

Je suppose les grandes lignes de cette opération connues et n'insiste ici que sur les particularités relatives à la grossesse extra-utérine. L'abdomen ouvert par une incision médiane et verticale, le kyste sectionné, et le fœtus enlevé, on peut se comporter de quatre façons différentes :

Soit enlever complètement le kyste fœtal, alors qu'on peut suffisamment l'isoler pour procéder à son énucléation ;

Soit suturer la paroi du kyste à la plaie abdominale, et laisser le placenta en place. Drainage et lavages antiseptiques dans la cavité ainsi constituée, où va se faire une opération éliminatrice (procédé habituel) ;

Soit réséquer une partie du kyste fœtal, qu'on ouvrira dans sa partie attenante au vagin, passer par cette ouverture un drain qui permette les lavages à travers le conduit vaginal, fermer et suturer le kyste du côté de l'abdomen, ainsi que la plaie abdominale. Comme tout à l'heure, le placenta est laissé en place, mais les lavages antiseptiques se font dans le vagin, et non par la plaie abdominale (MARTIN) ;

Soit, après désinfection soignée du kyste fœtal et section du cordon au niveau du placenta, fermer complètement le kyste à l'aide de sutures en

emprisonnant le placenta. Si l'antisepsie a été rigoureuse, il n'y a pas de suppuration et le placenta se résorbe progressivement (NEGRI) ;

Soit, dans le cas où l'œuf et la paroi sont parfaitement isolables, pratiquer l'ablation totale comme pour un kyste de l'ovaire (LITZMANN).

Le premier procédé est celui qu'on emploiera de préférence, les autres pouvant cependant donner en certains cas de bons résultats, mais demandant plus ample expérience.

L'*élytrotomie*¹ se fait en fractionnant la portion du vagin qui bombe sous la pression du kyste. A travers cette ouverture artificielle, comme à travers l'orifice utérin, on opère l'accouchement en ayant recours soit à la main, soit au forceps. Si le placenta est adhérent, on draine le kyste et on pratique des lavages fréquents, de manière à assurer l'asepsie de la cavité ; s'il est détaché, on l'attire au dehors ; même antisepsie ultérieure. En cas d'hémorragie sérieuse, on aura recours au tamponnement de la cavité kystique avec de la gaze iodoformée. Ce tamponnement est une ressource très précieuse alors que l'hémorragie se fait en nappe, car il constitue le seul moyen hémostatique que l'opérateur puisse employer avec sécurité ; compléter par la compression de l'abdomen avec une bande de toile ou de caoutchouc.

Nous connaissons les différentes ressources thérapeutiques propres à traiter la grossesse extra-utérine ; examinons :

b. *Leur mode d'emploi.*

Il y a quelques années, le traitement de la grossesse extra-utérine était des plus complexes et confus, les uns vantant les moyens médicaux ; les autres préférant, mais avec une certaine timidité, les moyens chirurgicaux.

Aujourd'hui, avec les progrès de la chirurgie abdominale, cette thérapeutique s'est sensiblement simplifiée, et on peut dire que tout le traitement de la grossesse extra-utérine se résume dans la phrase suivante :

Toutes les fois qu'on soupçonne une grossesse extra-utérine, et à plus forte raison si le diagnostic est certain, il faut intervenir par la laparotomie.

Il n'y a d'exception que pour l'hématocèle, qui n'est plus à proprement parler une grossesse extra-utérine, mais une transformation de cette grossesse, et pour certains cas de kyste fœtal mort, alors que, transformé en lithopédion et diminuant progressivement de volume, il n'est plus pour la femme la source d'aucun accident ou trouble sérieux.

Nous laisserons donc de côté tous les moyens préconisés autrefois, plus ou moins ingénieux, plus ou moins inefficaces et dangereux, pour toujours recourir à la laparotomie aussitôt que possible.

Mieux vaut, quand le diagnostic est incertain, pécher par excès d'audace et laparotomiser une femme avec le risque d'une erreur de diagnostic, que de laisser par timidité une grossesse extra-utérine possible évoluer et exposer la femme à une mort subite ou prompte, ou encore à l'hématocèle par suite de la rupture du kyste fœtal.

S'il y a erreur de diagnostic, on en sera quitte pour enlever la tumeur

¹ Ελυτρον, vagin.

qu'on a prise à tort pour la grossesse ectopique, et on aura rendu service à la femme en la guérissant de cette affection pathologique. La laparotomie pratiquée avec les précautions antiseptiques aujourd'hui classiques ne doit plus être cet épouvantail qui terrifiait nos ancêtres; il ne faut pas la décider à la légère, mais quand on la croit utile, ainsi qu'elle l'est dans le cas actuel, même quand le diagnostic n'est pas certain, l'accoucheur ne doit pas hésiter à la conseiller avec conviction.

Je ne reviendrai pas sur les détails de cette laparotomie, qui ont été précédemment donnés.

Je ne fais que mentionner en terminant l'élytrotomie qu'il faut réserver à des cas tout à fait exceptionnels de grossesse extra-utérine, et que vraisemblablement on laissera de plus en plus de côté dans le traitement de cette affection, à cause des dangers opératoires (hémorragie et septicémie) auxquels elle expose.

Aphorismes :

La difficulté pour la grossesse extra-utérine est moins dans l'indication du traitement que dans la certitude du diagnostic, au moins dans les cas difficiles, qui sont les plus fréquents.

Quand vous hésitez pour le traitement, donnez la préférence à la laparotomie.

Le gros danger de l'intervention chirurgicale à une période avancée de la grossesse est l'hémorragie; pour l'éviter, en opérant touchez le moins possible au placenta.

La grossesse extra-utérine est relativement rare, aussi n'est-ce pas un diagnostic auquel il faille se ranger à la légère.

XI

NOUVEAU-NÉ

SOMMAIRE

1. Céphalématome. — 2. Coryza. — 3. Bec-de-lièvre. — 4. Vices de conformation du rectum. — 5. Vices de conformation de l'urètre. Rétention d'urine. — 6. Vices de conformation articulaire : mains, pieds bots. — 7. Cyanose. Œdème et sclérome. Hypothermie. — 8. Ophthalmie. — 9. Mammite. — 10. Luxations congénitales. — 11. Syphilis. — 12. Impetigo et eczéma (gourmes). — 13. Muguet. — 14. Vomissements. — 15. Diarrhée, constipation. — 16. Erythème. — 17. Athrepsie. — 18. Choléra infantile. — 19. Ictère. — 20. Convulsions, éclampsie infantile. — 21. Mort subite.

1° CÉPHALÉMATOME (κεφαλομα, tumeur sanguine)

Le céphalématome est une tumeur formée par du sang épanché entre les os de la voûte crânienne et le périoste décollé; on sait que dans la *bosse séro-sanguine* l'infiltration se fait au contraire au-dessus du périoste.

Fréquence $\frac{1}{250}$.

ÉTILOGIE. — L'hérédité joue un rôle important et prouvé. Le décollement du périoste est la condition pathogénique indispensable du céphalématome; il pourra être *spontané*, maladie de l'os (?) (MICHAELIS), soit et presque toujours *traumatique*, traumatisme exercé tantôt par le squelette pelvien de la mère, tantôt par les instruments employés pour terminer l'accouchement.

SYMPTÔMES. — Tumeur *fluctuante, terminée par un bourrelet très net et pathognomonique*¹, ne recouvrant jamais les sutures du crâne².

Terminaison par résorption spontanée, très exceptionnellement par suppuration.

DIAGNOSTIC. — Avec bosse séro-sanguine (voir p. 277), avec abcès (tumeur inflammatoire), avec méningo-encéphalocèle (occupe suture).

PRONOSTIC. — Bénin.

TRAITEMENT. — Simple expectation, à moins de suppuration, auquel cas le traitement est le même que celui d'un abcès.

2° CORYZA

L'inflammation de la muqueuse nasale ou coryza amène chez le nouveau-né une gêne de la respiration, dont les deux inconvénients principaux sont de troubler le sommeil et surtout l'allaitement, l'enfant ne pouvant plus respirer, alors qu'il a le mamelon dans la bouche.

Se méfier toujours de la syphilis chez les enfants atteints de coryza, quoique cette inflammation puisse être simple ou scrofuleuse.

TRAITEMENT. — Révulsion cutanée (bains) et intestinale (purgatifs). Injections dans le nez de liquide astringent (sulfate de cuivre $\frac{1}{30}$) ou caustique (nitrate d'argent $\frac{1}{300}$). Introduire dans les narines un pinceau imbibé de glycérolé de tannin. Enlever les mucosités à l'aide d'une petite seringue terminée par un tube de caoutchouc, dont l'extrémité pénètre dans la narine.

3° BEC-DE-LIÈVRE

Différence congénitale résultant de la division des lèvres, le plus souvent de la supérieure (bec-de-lièvre simple), et quelquefois accompagné de malformation du squelette sous-jacent (bec-de-lièvre compliqué).

Inconvénient : difficulté de la succion et de l'allaitement.

Alimenter à la cuiller, ou en injectant du lait dans la bouche, à l'aide, par exemple, de la tétérelle biinspiratrice (voir p. 356).

À quelle époque convient-il de faire l'opération pour remédier à cette difformité? À la naissance, de un à trois mois, vers trois ans, plus tard même?

¹ Ce bourrelet, qui ne paraît qu'au bout de quelques jours, est constitué par la réaction inflammatoire du périoste tout autour de la tumeur.

² Il n'existe qu'un cas de Guelmi où la tumeur recouvrait une suture, j'en ai observé un analogue, mais l'ossification de la tête ne paraissait pas normale.