§ V. — Traitement.

Il est évident que dans les premiers mois de la grossesse, lors même qu'on aurait été assez heureux pour acquérir la certitude que l'œuf s'est développé ailleurs que dans l'utérus, il n'y aurait aucune opération à tenter. A mon avis, cependant, dans ce cas on devrait avoir recours aux saignées abondantes, pratiquées dans le double but de provoquer la mort du fœtus, et de prévenir peut-être aussi une congestion, un afflux trop considérable de sang vers le point où l'œuf s'est développé. Il me paraît évident, en effet, que non-seulement la faiblesse toujours croissante des parois du kyste, mais encore les congestions locales si ordinaires pendant la grossesse, contribuent à en rendre plus fréquentes les ruptures. Les saignées pratiquées dans les limites indiquées par la santé générale de la malade seraient donc ici réclamées, d'autant plus qu'on n'aurait pas à craindre leur influence fâcheuse sur la vie du fœtus, sa mort étant ce qui pourrait arriver de plus heureux : peut-être ce dernier résultat pourrait-il être obtenu à l'aide de secousses électriques dirigées sur les parois du kyste. Si l'on ne peut mettre obstacle au développement incessant du fœtus,

trice, et l'autre, plus étroit et plus long, allait se terminer au col près de son orifice interne.

De Graaf (*Opera omnia*, p. 212) croit avoir rencontré chez la femme des canaux semblables à ceux décrits par M. Gaertner (de Copenhague) chez certains mammifères. Enfin, madame Boivin dit avoir vu des faits analogues au canal bifurqué de M. Baudelocque.

Pour ces cas, au moins, il est permis de supposer que la conception peut avoir lieu lors même que l'orifice interne de la trompe serait complétement oblitéré. Or, si, comme le disent Mauriceau et Dulaurens, dont les auteurs modernes paraissent avoir oublié les recherches, de pareilles anomalies se rencontraient assez souvent à une époque où les dissections étaient beaucoup plus rares, il faut en conclure que si les auteurs de cette époque ont méconnu cette disposition, c'est qu'ils n'ont pas dirigé leurs recherches dans ce but.

Je terminerai ces réflexions en rappelant un fait que M. Raynaud a consigné dans le tome II du *Journal hebdomadaire*, année 1829.

Une jeune fille de vingt et un ans succomba, à la Charité, à la suite d'une carie vertébrale. A l'autopsie, on trouva que l'utérus offrait le volume de celui d'une femme enceinte d'environ six semaines. Sa cavité agrandie était occupée par une fausse membrane de même forme, et dans laquelle n'existait aucune ouverture. Les adhérences avec les parois pouvaient être facilement rompues ; elle renfermait 3 ou 4 onces de liquide jaunâtre. Il n'existait aucune trace de l'orifice intérieur des trompes. A leur extrémité libre elles étaient également oblitérées. Les ovaires avaient plus d'un pouce dans le sens de leur longueur. Leur surface présentait les traces de plusieurs cicatrices. Tous deux contenaient dans leur intérieur un corps arrondi, d'un rouge brunâtre (véritable corps jaune), et dans plusieurs endroits existaient de petites poches fibreuses, à parois froncées et revenues sur elles-mêmes. Plusieurs petits corps ovoïdes de la grosseur d'un grain de chènevis, ayant de la ressemblance avec des ovules, existaient le long du trajet des trompes et dans l'épaisseur du ligament large.

Cette observation nous offre ceci de remarquable : c'est que, malgré une oblitération complète des trompes, on a trouvé les organes de la génération dans un état semblable à celui que l'on observe lorsqu'un commencement de travail générateur a eu lieu. Je n'en tirerai cependant aucune conclusion directe, mais je ne peux m'empêcher de vous faire remarquer combien il confirme les idées développées dans ce rapport. (Rapport de M. Cazeaux, extrait des *Bulletins de la Société anatomique*.)

il est évident qu'il faut proscrire à cette époque toute opération qui aurait pour but d'extraire l'enfant du sein de sa mère, opération qui serait au moins aussi grave que l'accident que l'on redoute. Dans les premiers mois, lors même que la rupture spontanée du kyste ferait craindre une hémorrhagie mortelle, il n'y a rien à faire qu'à employer les moyens généraux propres à prévenir l'abondance de l'épanchement : repos, réfrigérants, etc.

Si la grossesse extra-utérine bien constatée est arrivée à une époque voisine du terme, et qu'il y ait un commencement de travail, la déchirure du kyste est encore à craindre par suite des efforts d'expulsion. Faut-il, comme on l'a déjà fait avec succès, pratiquer la gastrotomie? Sans doute, si l'on n'envisage que l'intérêt de l'enfant, la question est résolue bien facilement. Mais la vie de la mère n'est-elle pas presque certainement compromise par cette opération. Puis comment y décider la malade à une époque convenable, lorsqu'elle ne se doute pas du danger qu'elle court en la refusant? Comment s'y décider soi-même lorsqu'on en prévoit les conséquences possibles, quand l'observation a appris toute la difficulté que présente alors la délivrance, et quand on réfléchit à la nécessité où l'on se trouve de laisser dans l'abdomen ouvert un vaste kyste, dont l'inflammation, la suppuration, si longue, si difficile à tarir, compromettront à elles seules la vie de la malade? Dans ce cas même, qui doute que si l'on avait un moyen propre à suspendre ce travail commencé, l'humanité ferait un devoir de l'employer? dit M. Dezeimeris ; et je partage complétement cette opinion. Or, parmi les moyens propres à enrayer les contractions utérines ordinaires, je n'en connais pas de plus héroïques que l'opium à haute dose donné en lavement, et certes je n'hésiterais pas à l'employer en pareille circonstance.

Si, malgré son emploi, le travail continuait, on serait autorisé à pratiquer la gastrotomie. C'est ordinairement à travers la paroi abdominale qu'on pratique l'incision du kyste, et le lieu d'élection est le même que dans l'opération césarienne ordinaire ; mais lorsque, pendant les efforts d'expulsion de la femme, on sent la tête par le vagin, il y a certainement moins de danger à pratiquer une incision à travers la paroi vaginale. La version ou l'application du forceps terminerait, au besoin, l'extraction de l'enfant. Dans deux cas, dont l'un est attribué à Lauverjat, la femme et l'enfant furent sauvés par une semblable opération ; dans trois autres cas, rappelés par Burns, l'enfant fut extrait vivant, mais la mère mourut.

Si enfin la prolongation du travail avait produit la rupture du kyste, il est bien douteux que la gastrotomie puisse être suivie de succès. On s'occuperait d'abord de modérer l'abondance de l'hémorrhagie, et, ces premiers dangers écartés, l'art devrait employer tous les moyens propres à prévenir et à combattre les accidents inflammatoires consécutifs.

Mais les phénomènes primitifs une fois calmés, qu'il y ait eu ou non rupture du kyste, il est évident que l'art peut intervenir pour prévenir les accidents consécutifs que nous avons énumérés, et qui compromettent si gravement la santé et même la vie de la femme. Après la cessation des accidents inflamma-

toires, il faut encore attendre, et, surtout après la rupture du kyste, ne pas se hâter d'agir. Dans ce cas, en effet, le temps nécessaire à la formation du kyste nouveau qui enveloppe les parties déplacées est assez long; les adhérences qui l'unissent aux parties voisines demandent un certain temps pour se former, et il y aurait grande témérité à troubler ce travail salutaire par une opération inopportune.

Les ressources que l'art présente dans les grossesses extra-utérines anciennes varient suivant les cas. Quelquefois, en effet, un travail éliminatoire est déjà commencé, l'inflammation s'est emparée des téguments placés au devant de la tumeur; l'abcès s'est formé, il ne s'agit que de l'ouvrir ou d'agrandir par des débridements convenables les ouvertures qui se sont faites spontanément. C'est ensuite un vaste abcès qu'il faut vider et modifier par tous les moyens convenables.

Si les parties du fœtus étaient arrivées dans la vessie, et que le cathétérisme en eût donné la certitude, on aurait à pratiquer la taille, soit par l'hypogastre, soit par le vagin.

Enfin, une femme se présente portant depuis une ou plusieurs années un fœtus extra-utérin. L'art peut-il quelque chose pour elle? Si cette grossesse est pour la femme une cause de vives souffrances, et qu'elle la mette dans l'impossibilité de suffire à ses besoins, si surtout la tumeur peut être facilement attaquée par le vagin, nul doute qu'il ne faille pratiquer l'incision vaginale. Mais si la femme est du reste assez bien portante, est-il prudent d'intervenir dans le but de prévenir les accidents auxquels probablement plus tard cette femme sera exposée? Peut-on espérer, par une opération prudente et méthodique, extraire le fœtus en masse? Cette dernière question est plus difficile à résoudre. Dans un cas de cette espèce, où la tête du fœtus, comme enclavée au détroit supérieur, était parfaitement sentie à travers la paroi postérieure et supérieure du vagin, j'ai vu le professeur P. Dubois se décider, malgré une assez vive opposition de plusieurs consultants, à inciser largement la paroi vaginale, ainsi que les parois du kyste, se proposant d'appliquer le forceps sur la tête, et de l'extraire en totalité. Les parois du kyste et du vagin étant incisées, on crut s'apercevoir qu'il existait une adhérence intime entre les parois du kyste et la tête fœtale, et l'on fut obligé de renoncer à continuer l'opération. Elle ne fut pas cependant sans résultat, car elle fut suivie, au bout de quelques jours, d'une fonte putride de toutes les parties molles du fœtus; les os du squelette détachés furent peu à peu extraits à l'aide de longues pinces et d'injections souvent répétées; les parois du kyste revinrent peu à peu sur elles-mêmes; quand il n'y eut plus rien dans la cavité, les parois se détergèrent, l'ouverture se ferma, et deux mois après la malade fut complétement guérie. Au moment de l'opération, la malade était enceinte de vingt-deux mois.

Cette conduite devrait être imitée dans un cas semblable, surtout si la santé de la femme était visiblement altérée.

L'incision par le rectum a été pratiquée dans quelques cas où la vulve était oblitérée.

Enfin, si le fœtus, situé très-haut dans l'abdomen, était inaccessible par le vagin ou le rectum, la gastrotomie serait seule praticable; mais l'opération doit alors être considérée comme une ressource extrême à laquelle on ne doit recourir que lorsque la vie de la malade est sérieusement menacée.

CINQUIÈME PARTIE

DE LA DYSTOCIE, OU DES ACCOUCHEMENTS CONTRE NATURE OU LABORIEUX

Bien que l'accouchement soit une fonction naturelle, et que le plus souvent les ressources de l'organisme suffisent à son accomplissement, il est une foule de circonstances qui peuvent troubler l'œuvre de la nature, la rendre difficile, dangereuse, ou même complétement impossible. C'est à l'exposition de ces difficultés, de ces dangers, et plus particulièrement à l'indication des moyens de les prévenir ou d'y remédier, qu'est consacrée la cinquième partie de ce livre où nous exposerons les difficultés et les accidents qui peuvent compliquer l'accouchement et nécessiter l'intervention de l'art.

Les causes qui rendent l'accouchement difficile, impossible ou dangereux, et qui dès lors nécessitent l'intervention plus ou moins active de l'accoucheur, sont nombreuses et variées, et sont loin d'avoir toujours le même mode d'action. Les unes, en effet, n'agissent qu'en affaiblissant ou en exagérant les forces nécessaires à l'expulsion du fœtus; les autres constituent un obstacle à cette expulsion, en donnant lieu à une disproportion entre les dimensions du canal pelvien et le volume du corps qui doit le traverser, et rendent ainsi inutiles les contractions les plus énergiques. Enfin, dans les conditions en apparence les plus heureuses, on peut voir tout à coup se manifester une foule d'accidents qui, par leur gravité, peuvent compromettre les jours de la mère et de l'enfant.

Sous le rapport des causes qui peuvent ainsi troubler l'œuvre de la nature, on peut donc distinguer dans l'accouchement laborieux trois groupes différents: 1° accouchements rendus difficiles, impossibles ou dangereux, par l'insuffisance ou l'excès d'énergie des forces expulsives; 2° accouchements rendus difficiles, impossibles ou dangereux, par des obstacles qui s'opposent à l'expulsion du fœtus; 3° enfin, accouchements compliqués d'accidents assez graves pour compromettre la vie ou la santé de la mère et de l'enfant.

On réserve plus particulièrement le nom d'*accident* de l'accouchement à tout phénomène morbide capable d'amener rapidement la mort de la mère ou de l'enfant. Ces accidents, en réservant à ce mot le sens restreint que nous venons