

Il n'est pas rare que l'ovaire le plus douloureux soit, en apparence, le plus sain.

On donnera la préférence à l'*hystérectomie vaginale* si les douleurs sont manifestement utérines (liées ou non à un arrêt de développement), si elles s'accroissent beaucoup avec les règles, enfin, si elles n'ont pas cédé à la castration. Il est évidemment plus sûr d'enlever les annexes en même temps que l'utérus.

LIVRE XI

GROSSESSE ECTOPIQUE. — HÉMATOCÈLE PÉRI-UTÉRINE

CHAPITRE PREMIER

GROSSESSE ECTOPIQUE

La *grossesse ectopique*, anomalie beaucoup plus commune qu'on ne le croyait naguère, consiste dans le développement de l'œuf fécondé en dehors de la grande cavité utérine. Elle comprend la *grossesse extra-utérine* et la *grossesse dans une corne d'utérus bicorne*.

ÉTIOLOGIE

On peut convenir, avec Martin, que l'étiologie de la grossesse ectopique est encore assez obscure et attend sans doute, pour s'éclaircir, des données plus précises sur la physiologie de l'imprégnation (1).

Il semble pourtant qu'on puisse déjà la rapporter à deux ordres de causes :

Les unes, telles que les adhérences pelviennes, agissent en s'opposant au passage de l'œuf dans le pavillon de la trompe.

Les autres s'opposent à sa progression dans ce même conduit. Ainsi agissent les diverticules congénitaux de la paroi tubaire, l'état spirroïde ou infantile de la trompe (Freund), les tumeurs intra et extra-tubaires, les lésions inflammatoires, telles que soudure des franges muqueuses, destruction des cils vibratiles, abolition du péristaltisme, coutures et dilatations.

(1) Martin, Congrès de Bruxelles, 1893.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

A. Variétés topographiques de la grossesse extra-utérine.

| | | |
|---------------------------------------|---|---|
| 1 ^o Grossesse tubaire..... | } Tubaire proprement dite. } Tubo-interstitielle. } Tubo-interstit. proprement dite. } Tubo-abdominale primitive. } Utéro-interstitielle. | |
| 2 ^o Grossesse abdominale. | | } Extra-péritonéale. } Primitive. } Intra-péritonéale. } Secondaire. |
| 3 ^o Grossesse ovarique... | | |
| Grossesse tubo-ovarique. | | |

La *grossesse tubaire* est de beaucoup la plus fréquente des grossesses extra-utérines. On peut même se demander, avec Tait, Alban Doran, etc., si l'œuf occupe *primitivement* tout autre siège que la trompe et si les variétés dites *ovarique* et *abdominale* ne résultent pas le plus souvent, sinon toujours, de la modification des grossesses *tubo-ovarique* et *tubo-abdominale* par le fait du décollement du pavillon de la trompe, de ses insertions à l'œuf.

La *grossesse tubaire proprement dite* évolue ordinairement dans la partie moyenne de la trompe (fig. 138). Elle se distingue macroscopiquement de la *grossesse dans une corne utérine rudimentaire* par l'insertion du ligament rond qui se fait en dedans du sac, dans le premier cas, et en dehors, dans le second.

La *grossesse tubo-interstitielle* se développe dans le segment de trompe qui traverse la paroi utérine et serait, d'après Schultze, assez fréquente. Elle ne se distingue guère de la *grossesse dans une corne utérine* que par une séparation moins marquée entre la tumeur et le fond de la matrice. Suivant que l'*ostium uterinum* est ou non fermé, que l'œuf fait ou non saillie dans la cavité utérine, on a distingué une *grossesse utéro-interstitielle* et une *grossesse tubo-interstitielle proprement dite*.

La *grossesse* est dite *tubo-abdominale*, lorsque l'œuf se développe, en partie dans la trompe, en partie dans une loge constituée par des fausses membranes et par les viscères abdominaux adhérents. Au début, cependant, de la *grossesse tubo-abdominale primitive*, implanté dans le pavillon dilaté comme un œuf de poule dans un coquetier (Wiborgh), il peut faire simplement saillie dans la cavité abdominale, sans être aucunement adhérent aux parties voisines.

La *grossesse abdominale intra-péritonéale primitive* ne s'appuie que sur un petit nombre de faits dans lesquels on a trouvé les trompes

intactes et sans communication avec le sac. Mais cette constatation ne prouve pas que la grossesse n'ait pas été tubaire à ses débuts (Alban Doran). Dans la *grossesse abdominale intra-péritonéale*, qu'elle soit *primitive* ou *secondaire* à la rupture d'une *grossesse tubaire* ou *ovarique* (1), l'œuf fécondé s'entoure le plus souvent d'une double de fausses membranes. Parfois cependant les enveloppes sont uniquement constituées par le chorion et l'amnios. Le placenta peut occuper une loge distincte qui ne communique avec la loge fœtale que par un étroit orifice. Il en est de même pour les variétés *tubo-abdominale primitive* et *ovarique externe*.

La *grossesse abdominale extra-péritonéale* est *secondaire* à la gros-

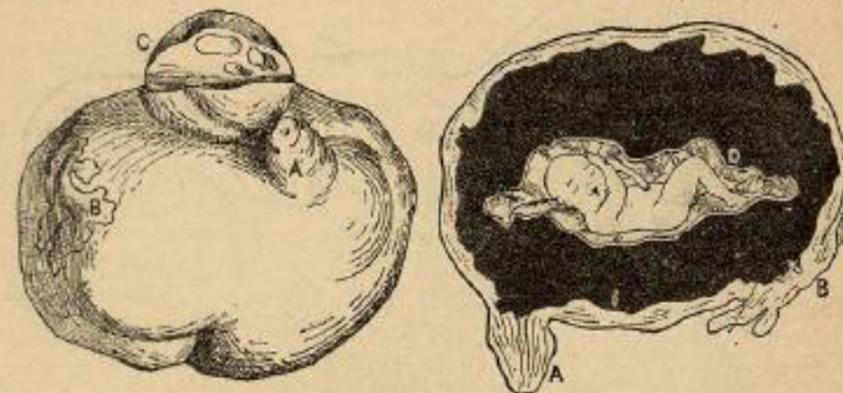


Fig. 138. — Grossesse tubaire proprement dite (d'après Martin). — A, segment utérin de la trompe; B, pavillon; C, ovaire; D, fœtus dans la cavité amniotique.

sesse tubaire incluse dans le ligament large, ou *grossesse sous-péritonéo-pelvienne*.

D'après Martin (2), l'insertion *ovarique* de l'ovule ne serait pas aussi rare qu'on l'a avancé dans ces derniers temps. Elle est cependant exceptionnelle si on la distingue des cas où l'ovaire est simplement adhérent au kyste fœtal ou compris, par intussusception, dans l'épaisseur des fausses membranes. Pour pouvoir dire qu'il y a *grossesse ovarique*, il faut démontrer, d'une part, l'intégrité histologique de la trompe, de l'autre, l'insertion complète du placenta sur le tissu de l'ovaire, ce qui n'est possible que si le placenta est encore petit (cas de Matthew Mann), ou l'inclusion de l'œuf dans l'ovaire (cas de Patenko), ou la continuation d'une certaine épaisseur de la couche ovigène sur le sac fœtal avec intégrité du péritoine (cas de Mouratoff).

(1) La *grossesse abdominale intra-péritonéale secondaire* comprend par suite les variétés suivantes : *tubo-abdominale secondaire*, *tubo-ovaro-abdominale*, *tubo-utéro-abdominale*
(2) Martin, *loc. cit.*

On dit qu'il y a grossesse *ovarique externe* lorsque, après la fécondation, l'ovisac reste ouvert et que l'œuf se développe dans la cavité abdominale. On dit qu'il y a grossesse *ovarique interne* lorsque l'œuf se développe dans l'épaisseur du tissu ovarien, à la façon d'un kyste folliculaire (fig. 139).

On entend par grossesse *tubo-ovarienne* le développement d'un kyste foetal dans un *kyste tubo-ovarique* préexistant.

B. Modifications des tissus au voisinage de l'œuf ectopique. — La muqueuse tubaire subit, au contact de l'œuf, des modifications

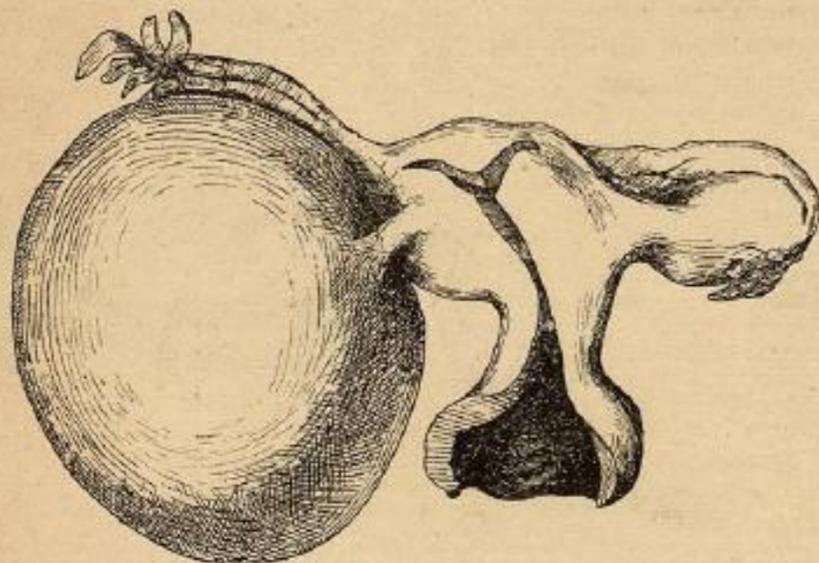


Fig. 139. — Grossesse ovarique interne (d'après Martin).

analogues à celles de la muqueuse utérine dans la grossesse normale.

L'épithélium de revêtement et les plicatures de la muqueuse disparaissent; les cellules conjonctives subissent la transformation déciduale. Il ne peut y avoir, bien entendu, de couche glandulaire profonde, comme dans la caduque utérine. Au niveau du placenta, le derme muqueux disparaît et les villosités s'implantent directement dans la paroi musculaire pour s'aboucher avec les vaisseaux. L'amincissement qui résulte de ce processus expose à la rupture, avant même qu'il y ait eu distension de la paroi. Frommel et Winckel disent avoir constaté l'existence d'une *caduque tubaire réfléchie*, particularité qui est niée par Langhans et Léopold.

Dans toute l'épaisseur de la paroi, les vaisseaux sont très dilatés,

flexueux (Keller) et présentent des phénomènes d'oblitération analogues à ceux décrits par Mayor dans l'utérus, après la chute du placenta (Keller, Klein).

Jusqu'au deuxième mois (Hennig), la tunique musculaire s'hypertrophie; plus tard, elle s'amincit et ses fibres peuvent s'écarter, au point de permettre la formation de véritables hernies ovulaires.

Le kyste tubaire est pédiculé ou sessile, entièrement développé dans la cavité abdominale ou plus ou moins inclus dans le ligament large (*grossesse sous-péritonéo-pelviennne*).

Dans le péritoine, au contact de l'œuf, tout se borne à un travail de fausses membranes et de vascularisation excessive, et rien ne rappelle la formation de la caduque. La rupture des vaisseaux néoformés peut suffire à donner lieu à des hémorragies graves.

L'utérus s'hypertrophie et sa muqueuse se transforme en une caduque semblable à la caduque normale, sauf que les différents feuilletts sont moins accusés. Cette transformation est d'autant plus nette que l'œuf est plus rapproché de l'*ostium uterinum*.

C. Évolution. — a. ÉVOLUTION EN GÉNÉRAL. — L'évolution de la grossesse extra-utérine présente l'une ou l'autre des alternatives suivantes :

1° Ordinairement, le kyste se rompt durant les premiers mois : le plus souvent, entre le deuxième et le troisième, s'il y a grossesse *tubaire* (Maygrier); avant le troisième (Parry), le cinquième (Tait), s'il y a grossesse *interstitielle*; vers trois mois et demi, dans le cas de grossesse *tubo-abdominale* (Tait). Telle est l'origine de la forme la plus commune de l'*hématocele*.

2° Exceptionnellement, la rupture n'a lieu que près du terme ou même au milieu du *faux travail*.

3° La grossesse peut se terminer, avant la rupture, par la *mort du fœtus* : soit au terme ou dans son voisinage, quelques heures ou quelques jours après les phénomènes du *faux travail*; — soit à une époque moins tardive, par le fait d'une hémorragie *interkysto-placentaire* ou d'une nutrition défectueuse.

Le plus grand nombre des cas à évolution prolongée appartiennent à la variété *sous-péritonéo-pelviennne* (Lüsk).

Qu'advient-il du fœtus, du placenta, du sac foetal et de l'utérus ?

b. ÉVOLUTION PARTICULIÈRE : 1° *Du fœtus.* — Ordinairement, après la rupture du sac, le fœtus *meurt*. Cependant, si le placenta reste adhérent, il peut *continuer à se développer*, soit dans le ventre, soit dans le ligament large. Celui-ci peut céder à son tour après s'être déplié dans la mesure du possible.

Dans la grossesse *interstitielle*, si la rupture a lieu du côté de

l'utérus, le fœtus et l'arrière-faix peuvent être *expulsés par les voies naturelles*. Si elle se fait, à la fois, du côté de l'utérus et du côté du péritoine, le fœtus peut s'échapper dans l'utérus et le placenta dans le ventre, ou inversement. On a même vu le fœtus suivre par moitié l'une et l'autre direction.

Quand il a succombé, s'il est très jeune, il peut *se résorber*. Autrement, ou bien il entre en *putréfaction* et détermine la septicémie, accompagnée ou non de péritonite ou de suppuration qui l'élimine à l'extérieur et de préférence par la paroi abdominale et l'intestin; ou bien, il subit successivement la *dégénérescence graisseuse et calcaire (lithopédion)*, puis *s'enkyste*. Cet enkystement, assez rare du reste, peut être très prolongé, voire indéfini; mais ordinairement, au bout de quelques mois ou de quelques années, l'élimination se produit.

2° *Évolution du placenta*. — Le placenta persiste toujours plus longtemps que le fœtus et a pu être laissé en place dans le péritoine, sans accidents. Sa résorption a été bien étudiée dans la trompe par Keller (1), Klein, Pilliet, etc. (2): D'après Pilliet elle est caractérisée par l'atrophie progressive des villosités qui, peu à peu, perdent leurs prolongements latéraux, leurs canaux vasculaires, leur revêtement de cellules multinucléées et, finalement, se transforment en tractus fibreux. D'après Keller les cellules de revêtement épargnées par l'hémorragie se gonflent, se désagrègent et se transforment en une couche homogène; les cellules du stroma perdent leur aptitude à la coloration et la substance fondamentale devient granuleuse ou striée.

On fixe à un mois et demi ou deux l'interruption de la circulation placentaire; mais il faut savoir que, même au delà de cette époque, des hémorragies graves peuvent se produire du fait de la section ou du décollement du placenta au cours des manœuvres opératoires.

3° *Évolution du sac fœtal*. — Les hémorragies inter-kysto-placentaires, qu'elles soient cause de la mort de l'œuf, ou qu'elles lui succèdent du fait du retrait des villosités et de la mise à nu des lacis sanguins (Pilliet), se traduisent de différentes façons: par une hémorragie intra-abdominale sans rupture, à travers l'orifice tubaire; par une rupture de la trompe, avec issue du sang dans le ventre ou le ligament large; par une augmentation de volume du sac qui subit, par la suite, un retrait graduel, ou au contraire une tension progressive, en particulier au moment des règles (Pinard),

(1) Keller, *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 47, p. 853.

(2) *Bull. de la Soc. anat.*, 1892.

ce qui peut faire craindre encore la rupture, même après l'arrêt complet de la grossesse.

La réparation de la muqueuse, après l'avortement *intra-tubaire*, paraît être très lente, si bien qu'après la disparition des villosités, la présence des cellules déciduales permettrait encore de distinguer la *grossesse tubaire de l'hémato-salpinx* (Pilliet).

4° *Évolution de l'utérus*. — Quant à l'utérus, il se présente, comme dans l'avortement intra-utérin incomplet, avec les caractères de la subinvolution; la caduque s'élimine ou s'atrophie graduellement (Dmitri de Ott).

La récurrence de la grossesse tubaire a été notée un assez grand nombre de fois (3 fois sur 12 cas, Veit), ce qui s'explique par la fréquente bilatéralité des lésions annexielles.

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

D'après Martin (1892), le diagnostic de la grossesse extra-utérine demeure encore, à l'heure actuelle, un diagnostic de *probabilité*, sauf dans les cas où l'on peut observer la croissance de la poche fœtale hors de l'utérus, l'existence d'une caduque intra-utérine sans chorion, ou le produit lui-même. Tait, dans 50 cas, n'a fait le diagnostic qu'après la rupture.

Nous estimons cependant que, dans un bon nombre de cas, il est des plus faciles à préciser, pour peu qu'on y pense.

I. *Grossesse ectopique avant le cinquième mois*. — a. *SYMPTÔMES SUBJECTIFS*. — Ce sont: 1° Les *symptômes rationnels de la grossesse*: période d'aménorrhée, d'autant plus importante que la femme est ordinairement bien réglée et depuis longtemps stérile (modifications du côté des seins, troubles digestifs, ligne brune, etc.); 2° des *métrorragies*, suivant parfois, d'assez près, l'aménorrhée; 3° l'*expulsion, non constante d'ailleurs, d'une caduque*, le plus souvent au moment de la mort du fœtus; 4° des *douleurs pelviennes* assez vives, sans qu'il existe toujours de la pelvi-péritonite; ces douleurs sont remarquables par leur soudaineté, leur répétition et, parfois, leurs paroxysmes avec état syncopal. Ces paroxysmes se rapportent probablement à la formation de petites hématoécèles dues à des fissurations successives de la poche. Les symptômes classiques de l'hématoécèle peuvent du reste se montrer au grand complet dès cette époque. On peut même observer déjà le *faux travail*.

b. *SIGNES PHYSIQUES*. — 1° *Existence d'une poche kystique, extra-utérine*, plus facile à percevoir dans la forme *intra-ligamentaire*, douloureuse à la pression, tendue, très vasculaire, d'un accroisse-

ment constant et régulier. On peut être assez heureux pour constater la simultanéité de son apparition et de la suppression des règles. Son développement s'accompagne parfois de phénomènes progressifs de compression du côté de la vessie, des uretères, de l'intestin qui, de plus, répond au travail d'adhérences par la diarrhée.

2° *Augmentation de volume et vacuité de l'utérus.* — Nous affirmons, par expérience, qu'en y mettant les ménagements voulus, on peut pratiquer l'exploration par le doigt ou la sonde, et même le curettage explorateur qui peut donner une certitude absolue en révélant, avec l'aide du microscope, les transformations typiques de la muqueuse.

c. **DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL.** — Il n'est certainement pas un des symptômes précédents qui ne puisse manquer et, sauf la formation d'une caduque, aucun d'eux, pris en particulier, n'a une valeur absolue; mais leur ensemble, ou même leur groupement partiel, permet généralement d'arriver au diagnostic.

A la période que nous envisageons, on se gardera d'une confusion : 1° *avant la rupture* : avec l'avortement, avec la rétroversion et la flexion latérale (Lusk) de l'utérus gravide, avec les tumeurs kystiques de la trompe et de l'ovaire; 2° *au moment de la rupture* : avec les coliques hépatiques ou néphrétiques, avec la perforation du tube digestif, l'étranglement interne ou un empoisonnement.

II. **Grossesse ectopique après le cinquième mois.** — Après le cinquième mois, on voit en général les douleurs pelviennes s'accroître et, par leur violence même et leurs paroxysmes, devenir assez caractéristiques pour qui les a observées une seule fois. On arrive à percevoir les mouvements actifs et passifs, les battements cardiaques du fœtus, et il s'agit surtout, à cette époque, de ne pas confondre la grossesse ectopique avec la *grossesse normale*.

Ordinairement le kyste fœtal est immobile, peu ou pas contractile, et on arrive à l'isoler de l'utérus. De plus, si celui-ci était *gravide*, on devrait constater un certain évasement de son segment sus-vaginal et certaines modifications dans la forme et la consistance de son segment supérieur. Quant aux modifications du col, elles peuvent être les mêmes dans les deux cas.

III. **Rupture.** — A moins que la rupture n'ait lieu dans l'utérus lui-même (comme il peut arriver dans la grossesse interstitielle, auquel cas il y a hémorragie abondante, par les voies naturelles, avec expulsion totale ou partielle de l'œuf), les symptômes de rupture ne diffèrent de ceux de l'hématocèle d'une autre origine, que par l'expulsion, inconstante d'ailleurs, d'une caduque.

IV. **Hémorragie inter-kysto-placentaire.** — L'hémorragie inter-kysto-placentaire, sans formation d'hématocèle, est cause ou effet

de la mort du fœtus et, par suite, peut s'accompagner, elle aussi, de l'expulsion d'une caduque; mais, en elle-même, elle passe à peu près inaperçue. Elle se manifeste seulement par une augmentation du volume et de la sensibilité de la tumeur qui, plus tard, pourra être prise pour un hémato-salpinx, pour peu qu'on néglige l'anamnèse et l'examen histologique de la pièce.

V. **Faux travail.** — Le *faux travail*, qui se produit à terme ou dans les derniers mois, consiste en des contractions rythmiques de l'utérus, comme dans l'accouchement normal. Il peut simuler, en grande partie, le travail normal : douleurs intermittentes, mais sans durcissement de la tumeur, suintement sanguinolent par le col avec expulsion de lambeaux de caduque, ouverture du col. Sa durée varie de quelques heures à plusieurs jours.

VI. **Mort du fœtus.** — La *mort du fœtus*, qu'il y ait rupture ou non, s'annonce par la cessation de ses battements cardiaques, s'ils existent, et, chez la mère, par l'expulsion d'une caduque, par la montée du lait et par la disparition des symptômes gravidiques. Dans les cas heureux, il y a disparition des douleurs, rétraction graduelle et durcissement de la poche.

VII. **Période consécutive à l'arrêt de la grossesse ectopique.** — Quand le fœtus est *mort depuis quelque temps*, le diagnostic devient beaucoup plus ardu. Il est probable que la plupart, sinon la totalité des hémato-salpinx (Veit), et même, qu'un bon nombre d'autres kystes tubaires à contenu sanguinolent ou purulent, proviennent d'*avortements ectopiques*. On pourra constater la subinvolution de l'utérus, l'existence de lait dans les seins, des reprises d'hémorragies internes (Dmitri de Ott), des douleurs et des troubles inflammatoires de tout genre, depuis un simple travail d'adhérences jusqu'à la suppuration et la gangrène. Les hémorragies utérines, qui durent parfois des mois entiers, constituent, par leur continuité, un des symptômes les plus marqués (Dmitri de Ott). On accordera une grande importance, dans les anamnétiques, à la *prolongation anormale des symptômes de grossesse et à la diminution rapide*, à un moment donné, du volume de la tumeur.

A moins de renseignements précis, les *lithopédiions* ne sont généralement reconnus qu'après laparotomie ou au cours de leur élimination spontanée.

PRONOSTIC

PRONOSTIC. — 508 cas de grossesse ectopique, relevés par Parry, ont donné une mortalité de 67,2 p. 100.

Il est probable, comme nous l'avons donné à entendre, qu'un bon nombre de grossesses ectopiques avortent tout au début, avant la rupture, laissant derrière elles une tuméfaction indolente et sans réaction, remplie de sang coagulé et de débris fœtaux microscopiques qui se résorbent plus ou moins bien.

Cependant, un trop grand nombre poursuivent leur cours et, dès les premiers mois, exposent la femme à un danger subit, d'autant plus grave qu'on se rapproche davantage du terme : l'hémorrhagie interne par rupture du sac ou par simple écoulement de sang à travers le pavillon de la trompe. Cette hémorrhagie, sauf tout à fait au début de la grossesse, s'arrête rarement à temps : la femme meurt, parfois subitement, le plus souvent au bout de quelques heures ou de quelques jours. L'accident peut se reproduire plusieurs fois, même après la mort du fœtus. Quand la rupture a lieu dans le ligament large et que celui-ci résiste, elle peut être considérée comme moins grave, l'épanchement étant limité.

Après les accidents *cataclysmiques* (Barnes) de l'hémorrhagie, il faut encore compter avec l'éventualité de la péritonite et de la septicémie dues à l'infection *intestino-péritonéale* ou *utéro-tubaire*.

Les *lithopédiions*, après avoir été tolérés plus ou moins longtemps, déterminent ordinairement des accidents graves dus à leur élimination ou à la compression des viscères.

Le pronostic est encore plus grave pour l'enfant que pour la mère. On est cependant arrivé, en ces derniers temps, à en extraire un certain nombre assez près du terme pour qu'ils aient pu vivre.

TRAITEMENT

1. Choix du traitement.

En face des dangers redoutables qu'entraîne la grossesse ectopique, le gynécologue peut avoir à choisir entre certains moyens médicaux, l'expectation armée, prête à toute éventualité, et l'intervention immédiate. Son choix dépendra surtout de l'âge de la grossesse, de l'état du sac, qui est ou non rupturé, de l'état de vie ou de mort du fœtus.

A. Avant la rupture. — a. **DANS LES CINQ PREMIERS MOIS.** — De tous les procédés médicaux proposés pour suspendre le cours de la grossesse ectopique, il n'en est que deux qui méritent encore d'être essayés : l'injection de morphine et la *faradisation*.

L'injection de morphine se fait, à la dose de 3 centigrammes, avec une aiguille *ad hoc*; on la répète, à huit jours d'intervalle,

si le sac n'a pas sensiblement diminué dans ce laps de temps.

La *faradisation* doit être poussée jusqu'aux limites de la tolérance individuelle, durant cinq à dix minutes à chaque séance, et répétée deux fois par jour (Lusk) jusqu'à retrait marqué de la tumeur. Un pôle se place dans le vagin ou le rectum et l'autre, au contact de la paroi abdominale, au voisinage de la tumeur. D'après les partisans de la méthode, quatre ou cinq séances suffiraient.

Mais l'injection de morphine ne donne jamais que des guérisons tardives et l'on n'a pas d'observation indiscutable de malade guérie par l'électricité (Martin). Il suffit de lire les faits relatés par les partisans de ce dernier moyen, pour se convaincre que son action est des plus incertaines et qu'il peut faire perdre un temps précieux. Il a de plus provoqué plusieurs fois l'accident que, précisément, l'on cherche à prévenir : la rupture du sac.

De plus, ces deux procédés doivent être appliqués, autant que possible, dans les trois premiers mois, jamais après le cinquième, c'est-à-dire dans une période où le traitement chirurgical, sauf la chance d'hémorrhagie placentaire par rupture du sac, n'offre justement pas grands dangers. En effet, si le sac est tubaire ou ovarien, et pédiculisable, ce qui a lieu dans la grande majorité des cas, les difficultés de son extirpation n'excèdent pas celles d'une ablation facile d'annexes (Pozzi).

b. **AU DELÀ DU CINQUIÈME MOIS.** — Au delà du cinquième mois, l'opération devient beaucoup plus grave. L'incision et le décollement du placenta donnent lieu, jusque vers le deuxième mois après la mort du fœtus et même au delà, à des hémorrhagies redoutables et parfois rapidement mortelles; en effet, l'époque de l'oblitération placentaire n'a rien de fixe.

Fœtus vivant ou mort depuis peu. — Aussi, dans le cas où le fœtus était vivant ou mort depuis peu, conseillait-on naguère une prudente expectation, étant données les chances moindres de rupture et l'éloquence lugubre des statistiques opératoires (Maygrier (1886) : l'enfant étant vivant : 15 morts sur 17 cas. Harris (1880 à 1888) : 6 sur 10).

Cependant, les grandes chances que l'on a d'élever l'enfant; l'imminence de la rupture, si le fœtus est vivant et les chances de septicémie, s'il est mort; les risques d'hémorrhagie, au moment du décollement du placenta, après une attente inutile; et, par-dessus tout, le perfectionnement de la technique et l'amélioration connexe des statistiques; toutes ces raisons expliquent la tendance actuelle à opérer toujours, sauf contre-indications d'ordre général.

On intervient généralement dès que la grossesse ectopique est reconnue si le fœtus est mort, même depuis peu ; avant le faux travail, de la trentième à la trente-cinquième semaine, en gardant jusque-là l'arme au bras, si le fœtus est vivant.

Fœtus mort depuis longtemps. — Si le fœtus est mort depuis longtemps, s'il est transformé en *lithopédion*, l'intervention est encore à conseiller en vue des accidents possibles de compression ou d'élimination. Enfin, dans le cas d'élimination spontanée, le chirurgien sera le plus souvent obligé de venir en aide à la nature, soit en dilatant la fistule rectale, abdominale ou autre, soit en faisant une contre-ouverture au point voulu.

B. Après la rupture. — Si la grossesse ectopique est jeune, c'est-à-dire ne dépasse pas six semaines à deux mois ; s'il existait antérieurement de la pelvipéritonite et si les phénomènes généraux sont peu marqués, ce qui peut faire espérer l'enkystement ; si la femme peut être immédiatement secourue, nous comprenons, jusqu'à un certain point, l'expectation armée, dans l'espoir d'une résorption des produits fœtaux ou d'un relèvement des forces. Mais il faut savoir qu'on court le risque de voir la grossesse continuer sa marche, malgré la rupture, et se compliquer d'inflammation septique, ou tout au moins plastique, qui plus tard pourra gêner singulièrement l'action chirurgicale ; enfin, que l'on peut voir survenir, même après la mort du fœtus, des hémorragies graves, externes ou internes.

En tout cas, en dehors des conditions exceptionnelles précitées, il faudra toujours suivre les préceptes rationnels posés par Tait : 1° opérer sans retard et, comme pour toute autre hémorragie, s'efforcer de tarir directement les sources du sang ; 2° enlever le sac s'il est possible.

En attendant l'arrivée du chirurgien, on devra, en présence des phénomènes de la rupture, mettre la malade au repos absolu ; appliquer de la glace sur le ventre et des compresses froides, fréquemment renouvelées, sur les cuisses ; administrer, par cuillerées à bouche, une potion de perchlorure de fer (à 25 gouttes environ), et 5 gouttes de teinture de digitale toutes les deux heures, dans le but de favoriser la formation des caillots. D'autre part, instituer le traitement général du collapsus : injections sous-cutanées d'éther, alcool à l'intérieur, etc.

Dans l'intervalle des crises, si l'on croit devoir attendre, on maintiendra avec soin le repos général, l'asepsie du vagin, la liberté du ventre.

Dans la suite, si la grossesse est très jeune, le traitement peut

parfois se borner à l'emploi de moyens résolutifs. Mais si elle dépasse six semaines, il faudra le plus généralement recourir à l'action chirurgicale.

II. Choix du procédé opératoire.

A. Élythrotomie. — On ne peut faire choix de l'*élythrotomie* que si le fœtus est mort, si le sac bombe nettement dans le vagin, si l'on découvre, par l'auscultation, l'insertion du placenta sur la paroi antérieure du kyste, si l'on se croit sûr qu'elle ne se fait pas sur sa face inférieure, enfin, si l'on n'est pas gêné par la situation de la vessie.

B. Hystérectomie vaginale. — Il est certain que l'hystérectomie vaginale, en raison de la vascularisation des tissus, peut offrir plus de difficultés d'hémostase que dans les inflammations chroniques du petit bassin. Pichevin a vu une malade mourir sur la table opératoire au cours de cette intervention préliminaire, et nous en avons vu une autre bien près de succomber. Alban Doran préconise pourtant l'hystérectomie en cas de *grossesse ectopique dans une corne d'utérus rudimentaire*, étant donnée l'impossibilité de constituer un pédicule tubaire. Dmitri de Ott a recours à la voie vaginale quand la tumeur suppure ou se nécrose. C'est effectivement le cas de rentrer dans le thème général de l'hystérectomie pour suppurations pelviennes, si l'*élythrotomie* ne suffit pas (voir livre VI, chap. IV).

C. Laparotomie. — La laparotomie expose beaucoup moins à l'accident le plus sérieux qu'on ait à craindre : l'*hémorragie d'origine placentaire*.

Pour la combattre, il n'est qu'un bon moyen : l'extirpation rapide de tout le sac, ou seulement du placenta, suivie de tamponnement. Si l'incision du kyste tombe sur le placenta, l'hémostase se fera par compression digitale des bords de la plaie.

Pour prévenir l'hémorragie placentaire : 1° il faut éviter de léser l'organe au moment de l'ouverture du sac : malheureusement nous n'avons aucun moyen sûr de reconnaître sa situation (Martin) ; 2° si le sac n'est pas extirpable, et surtout, si le fœtus est vivant ou mort depuis moins de deux ou trois mois, il faut éviter toute traction sur le placenta et le cordon, aussi bien au cours de l'opération que durant les jours qui suivent (Pinard). On pourra, à l'occasion, renfermer le placenta à l'intérieur du kyste, par une suture continue, comme l'a fait Tait.

a. MARSUPIALISATION. — Si les difficultés de l'extirpation totale sont jugées trop grandes *a priori*, on doit faire d'emblée la *marsupialisation*, méthode très sûre et à laquelle il faut recourir ici,

plus volontiers que dans tout autre cas, en raison de la résistance ordinaire et de l'extrême vascularité des adhérences. La technique ne présente d'ailleurs rien de spécial (voy. 2^e partie). Le fœtus une fois extrait par les pieds et le cordon lié, on cherchera à momifier le placenta en l'imprégnant d'un mélange de poudre de tannin et d'acide salicylique ou de benzoate de soude (Werth); il est expulsé par lambeaux, du dixième au vingtième jour. Le sac peut se fermer en quinze ou vingt jours; au bout de deux mois, on ne trouve plus trace de ses parois (Pinard).

b. EXTIRPATION TOTALE. — Si l'extirpation est jugée possible, après avoir fixé provisoirement la poche et extrait le fœtus, on coupe les points de suture et l'on rompt successivement les adhérences, en faisant à mesure une hémostase soigneuse. Il faut savoir d'ailleurs s'arrêter à temps et se borner à une simple extériorisation de la poche si l'intérêt vital de la patiente le commande. Pozzi a réuni 27 cas d'extirpation totale pratiqués en ces dernières années, avec 26 guérisons et 1 mort.

CHAPITRE II

HÉMATOCÈLE PÉRI-UTÉRINE

Dans son acception la plus large, le terme *hématocèle* désigne une collection sanguine enkystée dans le bassin, autour de l'utérus. Mais une distinction s'impose, au double point de vue clinique et anatomique, relativement au siège de l'épanchement qui est *intra* ou *extra-péritonéal*.

I. — HÉMATOCÈLE INTRA-PÉRITONÉALE

Nous rappellerons, comme se rattachant plus particulièrement à l'histoire de la question, les noms de Ruysch (1737), de Bernutz (1843-80), de Nélaton et de son élève Viguès (1849-53), de Nonat (1855), de Gallard (1858-60), de Ferber (1862), de Virchow (1863), de Besnier (1877), de Veit (1877), de Poncet (1878), de Jousset (1883), de Schröder (1868-88), de L. Tait (1889-94), etc.

L'hématocèle intra-péritonéale est aussi qualifiée de *rétro-utérine* (Nélaton), *utérine* (Bernutz), *péri-utérine* (Gallard, Poncet), *circum-utérine* (de Sinéty), *pelvienne* (Mc Clintock, Pozzi).

Étiologie et pathogénie.

Les recherches sur la pathogénie de l'hématocèle ont engendré de nombreuses théories qui se groupent sous deux chefs principaux : l'épanchement du sang est *primitif* et provient d'un des organes du petit bassin; ou bien il est *secondaire* à la pelvi-péritonite.

A. Théories de l'épanchement primitif. — 1^o *Le sang provient de l'ovaire.* — Au moment de l'hyperhémie menstruelle, la trompe ne s'appliquant pas sur l'ovaire, le sang qui provient de la rupture du follicule de de Graaf s'épanche dans le péritoine (Nélaton, Lenoir, Laugier). La théorie de la *ponte extra-utérine*, de Gallard, que l'ovule soit fécondé ou non, et que la ponte se fasse pendant les règles ou dans leur intervalle, se rapproche de la précédente.

2^o *Le sang provient de la trompe.* — L'exagération de l'hémorragie physiologique *intra-tubaire* entraîne l'épanchement du sang dans le péritoine (Trousseau, Puech); ou bien, le sang, qui provient en surabondance de l'ovaire, pénètre dans la trompe, la dilate et s'épanche secondairement (Voisin).

3^o *Le sang provient de l'utérus.* — Le sang menstruel reflue dans le péritoine, par les trompes, lorsqu'un obstacle existe à son écoulement normal [spasme du col (Ruysch, Haller, Bernutz), endométrite exfoliatrice (A. Guérin)].

4^o *Le sang provient de la rupture des veines, variqueuses* (Ollivier d'Angers, Richet, Devalz), ou non (Puech), du plexus utéro-ovarien.

5^o *Le sang provient de la rupture d'une grossesse extra-utérine.* Huguier, qui en avait observé deux cas, donnait à ces épanchements le nom de *pseudo-hématocèles*. La théorie de Gallard, dans sa seconde proposition, *ponte intra-péritonéale de l'ovule fécondé*, se rapproche de celle-ci.

B. Théories de l'hémorragie secondaire à la pelvi-péritonite [*pachy-pelvi-péritonite hémorragique* (Besnier, Dolbeau, Virchow, Ferber, Friedreich, etc.)]. — Il existe préalablement une pelvi-péritonite subaiguë ou chronique; les vaisseaux de nouvelle formation, peu résistants, se rompent dans l'épaisseur ou dans l'intervalle des néo-membranes. C'est un mécanisme analogue à celui de l'hématocèle de la tunique vaginale (Gosselin).

Toutes ces théories s'appuient sur des autopsies. Aucune ne peut être généralisée; mais il semble actuellement prouvé qu'on a le plus souvent affaire à la *rupture tubaire* (1). Cette opinion d'une

(1) Voir Binand, *Thèse*, Bordeaux, 1892.