

Il importera de ne pas perdre de vue qu'une femme chez laquelle aucun trouble de la menstruation ne se sera produit, ne pourra pas être considérée comme présentant une grossesse ectopique. Un retard d'au moins quinze jours, vers le début de la gestation anormale, doit toujours être constaté dans les antécédents de la malade (Pinard).

L'apparition brusque d'un accident, avortement ou rupture, vient souvent fixer le diagnostic alors qu'il hésitait encore devant l'obscurité des symptômes. Mais cet accident peut, dans d'autres circonstances, redoubler l'incertitude. Si on assiste à une crise aiguë d'avortement ou de *rupture tubaires*, il est généralement possible d'en reconnaître la vraie nature aux caractères que nous en avons donnés, c'est-à-dire, soudaineté de l'accident, douleur pelvi-abdominale excessive, etc., suivie des signes d'une hémorragie interne, de métrorragie franche d'abord et d'origine utérine, puis d'un écoulement brunâtre, rouillé, se prolongeant longtemps, et de source tubaire, de l'expulsion d'une caduque, de la formation d'une hématocele, etc.

Cependant, si tout signe de grossesse fait défaut, si, dans l'esprit, ne s'était pas antérieurement éveillée l'idée de grossesse ectopique, on peut alors songer à la *rupture d'un kyste*, à la *torsion du pédicule*, d'une tumeur ou d'une *salpingite*, à une crise d'*appendicite*, de *colique néphrétique*, etc., et l'erreur est d'autant plus facile que diverses lésions peuvent s'associer à la grossesse tubaire, témoin le cas de Baudron (1) dans lequel une salpingite tordue coïncidait avec une grossesse tubaire rompue de l'autre côté.

On pourra soupçonner un avortement tubaire avec rétention, c'est-à-dire la formation d'un *hématosalpinx*, lorsque se sont succédés des crises douloureuses, mais non syncopales, suivies de l'expulsion d'une caduque et de l'augmentation du volume de la tumeur latéro-utérine. Quant au diagnostic de l'avortement et de la *rupture tubaires*, il est souvent impossible; cependant, dans l'avortement, la réaction péritonéale est généralement moins intense et de moindre durée et les symptômes d'hémorragie interne moins prononcés; l'hypothermie et la décoloration des muqueuses sont plutôt en faveur de la rupture.

b. APRÈS LE CINQUIÈME MOIS. — Les signes de certitude de la grossesse se précisent et se présentent à l'auscultation et au palper. Il suffira généralement de songer à la grossesse ectopique, de rechercher l'utérus à côté de la tumeur pour éliminer la *grossesse utérine*.

« A ce moment, en effet, se manifestent des symptômes nouveaux qui dépendent, les uns, du placenta, les autres, du fœtus, les derniers, enfin, du kyste fœtal. Inutile d'ajouter, d'ailleurs, que plus la gestation est ancienne, mieux il est facile de constater l'indépendance

(1) BAUDRON, *Soc. d'obst., de gynéc. et de péd.*, 6 avril 1900.

de l'utérus, l'irrégularité et la situation latérale de la tumeur, l'indifférence du col devant les progrès de la grossesse. Le placenta donne le frémissement et le souffle, le fœtus laisse percevoir les bruits de son cœur et donne la sensation du ballonnement qu'on reconnaît d'ailleurs d'autant plus tôt que le kyste sera plus profondément logé dans le cul-de-sac utéro-rectal. Tous ces signes permettent de diagnostiquer une grossesse, mais ne suffisent point à entraîner vers l'hypothèse de son siège extra-utérin; il n'en est pas de même des renseignements que fournit l'examen de la poche fœtale elle-même. Lorsqu'on exerce le palper sur un utérus gravide ordinaire, on a la sensation qu'entre le fœtus et la paroi abdominale est interposée une couche qui gêne l'exploration et rend les sensations moins nettes. La palpation est, en quelque sorte, médiante, éloignée. Il n'en est pas de même pour le kyste fœtal. Les parois sont très minces, aussi les parties fœtales se présentent-elles facilement à l'exploration: on les sent de près sous la doubleure musculaire de l'abdomen et on les délimite facilement; la palpation est, pour ainsi dire, immédiate et rapprochée.

Quand le fœtus meurt après le cinquième mois, il se produit très rapidement une augmentation de volume et un ramollissement notable du kyste. La première est due à la stase sanguine qui se manifeste dans le placenta dès que la circulation fœtale est supprimée et à l'exhalation de sérum sanguin qui en est la conséquence; le second, aux modifications que subit le fœtus dans sa consistance, dès qu'il a cessé de vivre, mais surtout à la plus grande quantité de liquide qui le sépare de la main exploratrice. Du même coup, on observe chez la mère l'hypertrophie des seins avec écoulement de colostrum et, chez le fœtus, la cessation des bruits du cœur. » (Le Dentu) (1).

Mais ici encore la grossesse anormale, *gémellaire*, avec *hydramnios* ou coexistant avec un *kyste pelvien*, la coïncidence d'une grossesse utérine avec une grossesse ectopique, dont plusieurs observations ont été publiées (Moseley, Walther, etc.), toutes ces conditions sont bien de nature à égarer l'investigation et à rendre pardonnable une erreur d'interprétation.

Enfin, la rétention du kyste fœtal après la mort du fœtus, avec ses transformations fibreuse ou calcaire, peut aisément donner l'idée d'un *fibrome*, d'un *kyste dermoïde* ou de toute autre tumeur pelvi-abdominale.

Quant au diagnostic de la *variété*, on conçoit qu'il exige une certaine virtuosité. Il est heureusement moins important que le diagnostic *absolu* de grossesse ectopique. Cependant, l'absence de pédiculisation est en faveur d'une *grossesse interstitielle*; un large

(1) LE DENTU, *Études de clin. chir.* Masson, 1892.

pédicule inséré très bas, sur le col, en faveur de la grossesse dans une *corne rudimentaire*. On sait que la grossesse tubaire dépasse bien rarement le quatrième mois ; une grossesse plus âgée est plutôt *tubo-abdominale* ou *abdominale*. Les grandes hémorragies sont dues surtout à la rupture de sacs siégeant sur la partie moyenne ou la partie interne de la trompe. Les variétés *tubo-ampullaires* et *tubo-fimbriaires* occupent de bonne heure le cul-de-sac de Douglas, et l'hémorragie qui résulte de leur rupture est limitée par des adhérences précoces ; les autres, au contraire, occupent un siège plus élevé dans le bassin, sont plus aisément perçues dans la dépression pré-utérine et donnent lieu, en cas de rupture, aux hémorragies profuses.

Traitement. — « La grossesse extra-utérine en évolution, ou arrêtée dans son évolution, exige impérieusement une action chirurgicale. » Cette formule de Bouilly exprime, en d'autres termes, le principe émis déjà par Pinard : « Toute grossesse extra-utérine diagnostiquée commande l'intervention chirurgicale. »

« La grossesse ectopique doit être considérée comme une tumeur dangereuse. » (Le Dentu.) L'accord sur ce point est unanime, aujourd'hui, entre chirurgiens et accoucheurs.

Il ne faut pas compter, bien qu'elle soit exceptionnellement possible, sur la guérison spontanée, et la *ponction* simple, les *injections toxiques*, l'*électricité*, aussi bien que les cures « archaïques » (Pozzi) par la *faim* ou les *saignées répétées* sont également rejetées. Mais, le principe du traitement chirurgical étant admis, il reste à établir ses modes d'application et ses indications particulières en relation avec les manifestations cliniques qu'on est exposé à rencontrer. Les discussions récentes de la Société de chirurgie et de divers congrès, de nombreuses publications et surtout le rapport de Segond (1) au Congrès de Marseille, semblent avoir définitivement établi les indications opératoires de la grossesse extra-utérine. Les conclusions de Segond sont généralement admises, sauf la part plus ou moins large que, suivant ses aptitudes personnelles, chaque chirurgien réserve à la voie vaginale ou à la voie abdominale, et sont d'ailleurs conformes à ce que l'un de nous enseignait en 1891 (2).

I. AVANT LE CINQUIÈME MOIS. — 1° *Grossesse ectopique évoluant sans accident.* — Dans les premières semaines, certains opérateurs conseillent de recourir à la *cœliotomie vaginale* postérieure (Condamine) ou antérieure (Martin, Douglas, Boldt, Donald, Taylor, etc.), suivie de l'extirpation du kyste ou de son incision et de la remise en place de la trompe. Mais la tumeur n'a pas suppuré et la *laparotomie* est préférable, car elle permet de mieux traiter le placenta, de faire l'exploration des annexes des deux côtés et de choisir entre l'extirpation totale et une opération conservatrice.

(1) PAUL SEGOND, Congrès de Marseille et Ann. de gynéc. et d'obst., 1898.

(2) LE DENTU, Étude de clin. chir., 1892, p. 215.

a. *Kyste intraligamentaire* ou *sous-péritonéal*. — La laparotomie est encore ici l'opération de choix et prête aux mêmes considérations que toute autre tumeur de même siège.

b. *Grossesse dans une corne utérine rudimentaire.* — *Laparotomie* et résection après ligature, comme pour toute tumeur pédiculée.

Si la pédiculisation est impossible, on peut être amené à pratiquer l'hystérectomie abdominale.

c. *Grossesse tubo-interstilielle.* — Il faut faire d'abord une laparotomie exploratrice, puis on décidera de la conduite à tenir, car il faut compter beaucoup avec l'hémorragie. Ici l'hystérectomie abdominale s'impose généralement. Cependant, Kelly a traité ces cas par l'ouverture intra-utérine du sac, au moyen d'une sonde introduite dans l'utérus dilaté en même temps que la main, dans l'abdomen, soutient directement le kyste.

d. *Coexistence de lésions utérines ou annexielles.* — Dans les premières semaines, on peut recourir à l'hystérectomie vaginale (Segond) ; mais plus tard celle-ci, en raison du volume du placenta et de la friabilité de l'utérus, devient dangereuse et doit céder le pas à la *laparotomie* suivie de l'extirpation des lésions et, au besoin, de l'utérus.

2° *Grossesse ectopique compliquée.* — a. L'hématosalpinx est quelquefois un mode de guérison relative et, dans un cas donné, l'opportunité de son traitement peut être discutée. Dans la grande majorité des cas, il requiert cependant, comme la grossesse tubaire normale, soit l'extirpation, soit l'incision par *laparotomie*. — Si la lésion est bilatérale, la question de l'hystérectomie vaginale peut se poser.

b. *Hémorragies enkystées* ou à poussées successives (Voy. Hématocèle, p. 938).

c. *Inondation péritonéale.* — L'ictus péritonéal, symptomatique d'un avortement ou d'une rupture tubaire, n'est pas toujours l'indice d'une hémorragie grave. Barnes, Coe, Goyder, Byford, Neumann, Fehling, Condamine, Le Dentu, Cestan, Bouilly, etc., ont bien montré que les malades s'en relèvent dans beaucoup de cas, sinon dans le plus grand nombre. Bouilly (1) formule ainsi la conduite à tenir en pareille circonstance : « En présence d'une hémorragie péritonéale consécutive à la rupture de la grossesse ectopique, d'abondance assez considérable pour donner lieu d'emblée à des phénomènes graves et inquiétants, pour se caractériser par une décoloration accentuée des muqueuses et de la peau, après l'emploi des moyens immédiats : injections d'éther, de caféine, de sérum ; si la situation s'aggrave, c'est-à-dire si la tendance syncopale s'accroît, si le pouls faiblit de plus en plus, si la pâleur et l'hypothermie augmentent, coûte que coûte il faut intervenir... Faute de décision et de savoir faire, la partie est

(1) BOUILLY, loc. cit.

perdue. Ce cas est l'exception. En général, la première hémostase s'est faite spontanément : la situation s'améliore plutôt qu'elle ne s'aggrave dans les moments qui suivent et l'on peut gagner les quelques heures nécessaires à la bonne préparation de l'opération. Le but à viser n'est plus l'hémorragie qui se fait, mais celle qui ne manquera guère de se reproduire, si les choses sont abandonnées à elles-mêmes, et cette deuxième ou troisième hémorragie peut être mortelle. »

La *laparotomie*, aussi précoce que possible, est ici la seule opération qui permette de faire l'hémostase et la salpingectomie dans les meilleures conditions de sécurité et de rapidité. Cependant, si l'expectation donne 86 p. 100 de mortalité, l'intervention a fourni des résultats sensiblement égaux (85 p. 100) dans les cas d'inondation péritonéale réelle.

En résumé, *c'est par l'incision abdominale, très exceptionnellement par le vagin*, qu'on doit aborder la tumeur gravidique.

II. APRÈS LE CINQUIÈME MOIS. — 1° *Grossesse ectopique avec fœtus vivant*. — Quand et comment faut-il opérer? Telle est la réponse que comporte cette double question : *Quand faut-il opérer? A terme* évidemment, si la grossesse est allée jusque-là. Lorsque le fœtus est *vivant*, mais loin encore de la date minima de sa *viabilité*, l'expectation présente trop de dangers; il faut penser plus à la mère qu'à l'enfant et *l'intervention immédiate* s'impose. Près de *l'époque de viabilité*, on peut essayer de sauver la mère et l'enfant. « Tout fœtus ectopique n'est pas voué à la mort; nous avons aujourd'hui entre les mains de bons moyens pour conserver les enfants faibles, chétifs, et nous n'avons pas le droit de ne pas tenir compte de la vie de ces petits êtres, puisque, d'autre part, la laparotomie bien faite ne nous paraît pas entraîner, pour celle de la mère, un danger sensiblement plus grand qu'une opération pratiquée à un moment où, après la mort du fœtus, des accidents septicémiques ont déjà pu se produire. C'est donc l'intervention hâtive, vers le septième mois, que je préconise dans les cas de gestation extra-utérine ayant dépassé le cinquième mois. » (Le Dentu.) Pour Pinard, il faut attendre jusqu'à huit mois, huit mois et demi. On doit, pensons-nous, dans la détermination du moment opératoire, s'attacher surtout aux conditions de viabilité du fœtus. En opérant à sept mois, on supprime les chances de rupture et d'infection du kyste. Mais si l'on constate qu'à sept mois le fœtus est chétif, il est bon de patienter un peu en surveillant la mère et en se tenant prêt à opérer à la moindre alerte. Mais il est bien entendu qu'on doit s'inspirer des circonstances relatives à chaque cas et ne compromettre en rien, par l'expectation, la vie de la mère.

Comment opérer? L'opération de choix est la *laparotomie* et, suivant les cas, *l'extériorisation du sac avec abandon ou ablation du placenta ou ablation totale du sac fœtal*.

Dans la plupart des cas, l'intervention doit se borner à *l'extraction du fœtus avec simple extériorisation du kyste et abandon du placenta* qu'on traitera par des applications de tannin et de benzoate de soude; mais il faut compter sur un mois au moins pour l'élimination du placenta. « A cette règle il y a trois exceptions: la *première* concerne les quelques grossesses tubaires dont la facile énucléabilité peut autoriser l'ablation. La *deuxième* se rencontre quand on se trouve en présence d'une hémorragie par décollement partiel d'un placenta qu'il est indispensable d'enlever complètement pour l'hémostase. La *troisième* enfin répond aux cas dans lesquels il n'y a pas de sac, ainsi qu'il arrive quand il y a *rupture secondaire du sac avec fœtus libre dans la cavité abdominale*. Dans ces conditions, il ne saurait pas plus être question de marsupialiser une poche qui n'existe pas que d'abandonner un placenta dont l'ablation, coûte que coûte, s'impose aussi nettement. » (Segond.) Si la grossesse est franchement pelvienne, si le kyste fait saillie du côté du vagin, on peut exceptionnellement préconiser la voie vaginale (Le Dentu).

2° *Grossesse ectopique avec fœtus mort*. — a. *Mort récente du fœtus*. — Les conditions et les dangers opératoires sont ici à peu près les mêmes que lors de fœtus vivant. Il faut donc, à moins d'urgence, attendre que la circulation inter-kysto-placentaire soit, non supprimée, mais ralentie, car elle peut persister jusqu'à cinq mois (Litzmann); mais on ne dépassera pas six semaines, parce que le retour des règles peut déterminer la rupture du kyste. Même alors, l'intervention se bornera ordinairement à l'extraction du fœtus avec marsupialisation de la poche, sans extraction du placenta.

b. *Mort ancienne du fœtus*. — Si le kyste fœtal est enclavé ou est facilement abordable par le vagin, on peut recourir à la *coeliotomie vaginale*. Pinard l'a fait avec succès. Dans le cas contraire, la *laparotomie* s'impose. On enlèvera fœtus et placenta si la décortication totale est facile et, si la poche ne peut être extirpée en totalité, on la réduira au minimum (Martin) avant de l'extérioriser. Si le fœtus est libre dans la cavité abdominale, il faut enlever le placenta et tout ce qui l'enveloppe, puis drainer, à moins qu'on n'ait pu réaliser une toilette complète du péritoine. La *castration utéro-annexielle totale*, en pareil cas, « doit être réservée aux cas dans lesquels, une ablation du kyste fœtal ayant été commencée, on juge qu'il serait impossible de la faire isolément, sans manœuvres longues et laborieuses qui dépasseraient la force de résistance des malades. Pour des raisons d'un autre ordre, le siège tubo-interstitiel de la grossesse, ou la présence d'un néoplasme utérin concomitant, sont, à leur tour, des indications non douteuses de l'hystérectomie abdominale » (Segond).

c. *Vieux kyste fœtal*. — Il sera traité, suivant les variétés cliniques sous lesquelles il se présente, soit par *laparotomie*, comme une tumeur annexielle ou pelvienne relativement mobile, soit par *incision abdo-*

minale ou *vaginale*, s'il fait saillie d'un côté ou de l'autre, soit par *dilatation* ou agrandissement au bistouri d'une ouverture ancienne devenue fistuleuse. Toutefois, en cas de fistule rectale, il est préférable de faire la *laparotomie* (Müller). L'ouverture dans la vessie comporte la cystotomie vaginale, la taille urétrale (Henry Thompson) ou simplement la dilatation (Winckel).

La péritonite suppurée, complication de l'infection du kyste, ne fait que précipiter l'urgence de la laparotomie.

LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU, *Traité méd.-chir. de gynéc.*, 1898. — POZZI, *Traité de gynéc.* — SEGOND, *Traité de chirurgie de DUPLAY et RECLUS, et Rapport au Congrès de Marseille; Bull. de la Soc. de chirurgie; Ann. de gynéc. et d'obst., passim.* — KÜSTNER, *Sammlung klin. Vortr.*, 1899, nos 244-245. — HOWARD A. KELLY, *Operat. Gynecol.*, t. II. — SCHAUTA, *Lehrbuch der ges. Gynæk.*, 1896. — TAINURIER, thèse de Paris, 1895. — CESTAN, thèse de Paris, 1894. — GAUTHIER, thèse de Paris, 1893. — BOULLY, *La gynécologie*, 1898. — LE DENTU, *Études de clin. chir.*, 1892, et *Sem. gynéc.*, 1899, n° 1.

VIII. — HÉMATOCÈLE PELVIENNE.

Le terme d'*hématocèle* sert à désigner tout épanchement sanguin *enkysté* du bassin. L'enkystement, qui peut être primitif, mais qui, dans la grande majorité des cas, se produit secondairement, donne à l'épanchement une physionomie propre et le distingue des hémorragies diffuses. L'hématocèle ne représente d'ailleurs, bien souvent, qu'une phase évolutive secondaire de celles-ci. L'épanchement sanguin peut se faire en dedans ou en dehors de la séreuse, d'où la division consacrée de l'hématocèle, par rapport à son siège, en *intrapéritonéale* et *extrapéritonéale*. Le nom d'*hématome* conviendrait mieux à cette dernière variété (Martin, Pozzi).

Ruysch, Récamier, Velpeau, Bernutz avaient esquissé déjà l'histoire *clinique* de l'hématocèle; mais Nélaton (1) a eu le mérite de la fixer dans une description magistrale que n'ont pu surpasser les nombreux auteurs qui en ont traité après lui. De même, pour la *pathogénie*, si L. Tait (2) a eu quelques précurseurs en Fernerly, élève de Nélaton, Denucé, Schröder, Duguet, Aran, Gallard, Poncet, il n'a pas moins et irrévocablement établi que l'hématocèle est presque toujours liée à l'interruption de la grossesse ectopique. Les travaux ultérieurs de Bland Sutton, Alban Doran, Veit, Zedel, Pilliet, etc., n'ont fait qu'en préciser le mécanisme et en analyser les lésions.

Étiologie et pathogénie. — I. *Hématocèle intrapéritonéale.* — On a encore appelé cette variété *rétro-utérine* (Nélaton), *utérine* (Bernutz), *péri-utérine* (Gallard), *péri-hystérique* (Trousseau), *pelvienne* (Mac Clintock).

(1) NÉLATON, *Gaz. des hôpitaux*, 1851, 1852, 1853. — Aug. VOISIN, De l'hématocèle rétro-utérine. Paris, 1858.

(2) LAWSON TAIT, *Brit. med. Journ.*, 1885, 1887, 1888, 1889, 1890. — Lectures on Ectop. Pregnancy and pelvic Hæmatocele, 1888.

Avant que n'ait été acquise la notion actuelle de l'étiologie de l'hématocèle, de nombreuses théories, hypothétiques ou basées sur quelques faits isolés, avaient essayé d'expliquer la pathogénie de la pluralité des cas. La plupart n'ont qu'un intérêt historique; quelques-unes donnent cependant l'explication satisfaisante de certains cas particuliers. Les unes font venir le sang du péritoine, les autres des plexus veineux, de l'ovaire, de la trompe ou de l'utérus.

a. *Péritoine.* — Virchow (1863) et, avant lui, Dolbeau (1860) ont démontré que le péritoine, comme toute autre séreuse, l'arachnoïde ou la vaginale en particulier, peut être le siège d'un processus inflammatoire chronique à tendance hémorragique, *pachy-pelvi-péritonite hémorragique*. Ici l'épanchement serait secondaire et l'enkystement primitif. Bernutz et Besnier, un peu plus tard, ont décrit des cas relevant plutôt d'une véritable pelvi-péritonite aiguë aboutissant, par son intensité même, à une transsudation sanguine. Ce processus pourrait être rapproché de l'ancienne théorie de l'*exhalaison péritonéale*, soutenue encore dans la thèse de Jousset (1883). Mais la plupart de ces observations peuvent aussi bien s'interpréter dans le sens d'une rupture précoce de trompe gravide, et si, dans le cours d'une pelvi-péritonite chronique, survient une hémorragie, celle-ci est toujours limitée et ne constitue qu'un incident incapable de changer la physionomie de la maladie primitive.

b. *Plexus pelvien.* — Signalée par Ollivier (d'Angers), la rupture du plexus utéro-ovarien variqueux a été invoquée, théoriquement, par Richet et Devalz comme cause d'hématocèle. Mais il n'en existe aucun exemple indiscutable et le cas de Reynier (1), qui semblait, de prime abord, se rattacher à cette cause, relevait, après examen microscopique, d'une grossesse tubaire.

c. *Ovaire.* — D'après Gallard, la rupture de la vésicule de de Graaf détermine une hémorragie qui, à l'état normal, minime et recueillie par la trompe, passe inaperçue. Mais qu'une congestion intervienne, que l'ovule soit fécondé dans le follicule et que, d'autre part, la trompe déviée ne puisse le recueillir, il se fera une *ponte extra-utérine* accompagnée d'une hémorragie plus ou moins considérable. Abandonnée plus tard par son auteur, cette théorie hypothétique pressent néanmoins la pathogénie de certaines hématocèles liées à la rupture précoce d'une grossesse ovarique.

L'ovaire malade est parfois le siège d'apoplexies et d'hématomes et, par suite, la source d'hémorragies pelviennes. Rollin a bien montré le double mécanisme par lequel elles peuvent se produire dans le péritoine, soit primitivement, *hémorragies extravésiculaires*, soit secondairement par rupture d'un kyste sanguin (Bœckel), *hémorragies*

(1) Paul REYNIER, *Bull. de la Soc. de chirurgie*, 1891.