mencement d'évolution de grossesse dans l'intérieur de la trompe : c'est alors une *grossesse péritonéale*.

Mais c'est dans la trompe que se fait le plus souvent l'évolution anormale de l'embryon et la *grossesse tubaire* est de beaucoup la plus fréquente. Il est certain qu'elle forme au moins les neuf dixièmes des grossesses ectopiques. Elle peut elle-même être subdivisée en *grossesse isthmique* (fig. 209), *ampul-*

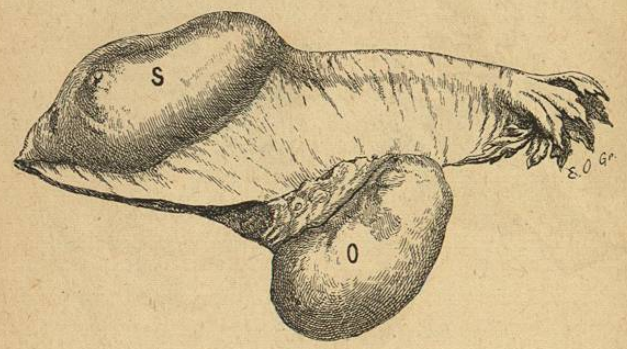

Fig. 209.

Grossesse tubaire isthmique gauche. Embryon de 5 millimètres. Annexes gauches enlevées par laparotomie (Couvelaire).

En S, S, sac fœtal avec l'orifice punctiforme de la rupture en R. — T, section chirurgicale de la trompe au ras de la corne utérine.

laire (fig. 210), suivant que l'œuf se développe dans l'isthme ou l'ampoule de la trompe [1].

A la grossesse tubaire se rattachent de près la *grossesse tubo-abdominale* ou *infundibulaire* dans laquelle l'œuf se développe dans le pavillon de la trompe ou sur une frange ovarique et la grossesse *tubo-utérine*, ou *interstitielle* (fig. 208) où il siège dans la portion de la trompe qui chemine à travers l'épaisseur de la corne utérine.

[1] Voir Couvelaire. Études anatomiques sur les grossesses tubaires. Th. Paris, 1901.

Enfin on peut voir la grossesse évoluer dans une *corne utérine rudimentaire*. A première vue cette forme ressemble beaucoup à la grossesse tubaire commune, mais elle en diffère d'une

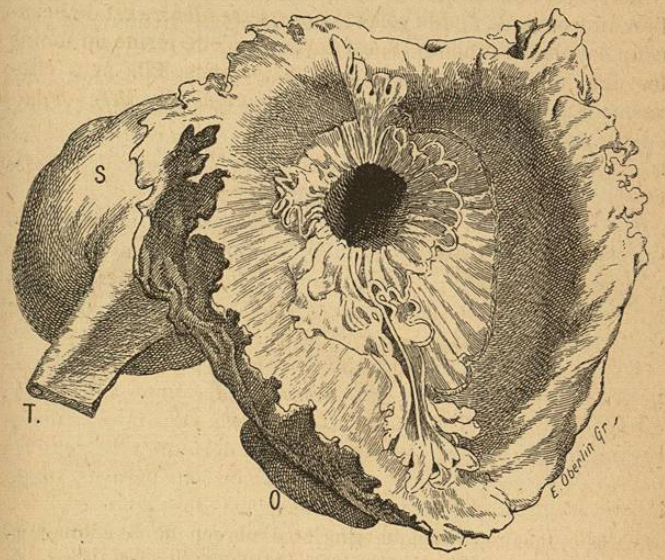

Fig. 210.

Sac fœtal ampullaire communiquant par l'orifice largement dilaté du pavillon avec une poche secondaire infundibulo-ovaro-néomembraneuse. Fœtus long de 14 centimètres (Couvelaire).

T, portion isthmique de la trompe. — *k*, sac fœtal. — *ov*, ovaire. — *f*, frange tubo-ovarienne du pavillon. — L'orifice du pavillon est largement ouvert avec ses franges éversées.

façon radicale en ce que la trompe est intacte et conserve sa longueur normale, en ce que le pédicule du sac fœtal s'attache à l'utérus non pas vers le fond, comme dans la forme tubaire, mais au voisinage du col, et enfin en ce que l'insertion du ligament rond se fait en dehors du kyste fœtal, alors qu'il se fait en dedans dans la grossesse tubaire.

Anatomie pathologique. — Les lésions qu'entraîne la grossesse ectopique sont des plus variables et dépendent beaucoup du point où se fait le développement anormal de l'embryon.

Et d'abord, quelle que soit la variété de la grossesse ectopique, l'œuf est entouré de ses membranes choriales comme lorsqu'il évolue dans la cavité utérine. Les tissus qui se trouvent en contact avec le chorion recouvert de ses villosités subissent des modifications profondes et deviennent rapidement très vasculaires ; ils prennent un aspect tomenteux et présentent de véritables villosités qui s'enchevêtrent avec les villosités choriales et plus tard avec les villosités placentaires.

Les rapports intimes de l'œuf et de la paroi tubaire, ainsi que la constitution de l'œuf lui-même au niveau de son pôle adhérent et de son pôle libre, viennent d'ailleurs d'être étudiés par Couvelaire dans un travail très précis auquel il est facile de se reporter [1].

Lorsque le kyste fœtal se développe dans la cavité abdominale, il s'entoure de fausses membranes adhérentes à l'intestin, à l'épiploon, aux divers organes du bassin. Ces fausses membranes et les organes qui les tapissent deviennent excessivement vasculaires, et peuvent être l'origine, au moment d'une intervention chirurgicale, d'hémorragies redoutables.

La muqueuse tubaire, lorsque l'œuf se développe à son contact, subit des modifications analogues. La trompe augmente de volume et prend un aspect kystique. Mais la dilatation peut se faire en différents points et présenter des caractères variables suivant qu'on se trouve en présence d'une grossesse tubaire proprement dite, d'une grossesse tubo-abdominale, ou d'une grossesse interstitielle. Dans ce dernier cas, la tumeur fœtale semble faire corps avec l'utérus et être pour ainsi dire plantée sur la corne utérine. Dans la grossesse tubo-abdominale, l'ovaire peut être perdu dans l'épaisseur des membranes, s'envelopper de l'œuf et des éléments vasculaires qui ont fait leur apparition. Il est d'ailleurs bien difficile de différencier anatomiquement certaines de ces grossesses des grossesses ovariennes pro-

[1] Couvelaire. Th. Paris, 1901.

prement dites. Il pourrait même y avoir des grossesses développées dans des kystes tubo-ovariens, dans lesquels la trompe

Fig. 211.
Grossesse tubaire ampullaire. — Fœtus long de 35 millimètres (Couvelaire).

Cette coupe montre, du centre à la périphérie : la base du crâne et la main droite du fœtus dans la cavité amniotique ; l'*amnios* décollé du chorion ; dans le secteur supérieur de l'espace inter-amnio-chorial, la *vésicule ombilicale* aplatie ; le *chorion* villeux sur toute la périphérie de l'œuf ; le placenta et les espaces intervilleux *Ei* occupés dans les secteurs antérieur et postéro-inférieur par les caillots récents *c*, *c*, *c*. — Le *pôle libre de l'œuf r*, R, *r*, faisant saillie librement dans la cavité tubaire *Ct*, moulé sur le secteur supérieur libre de la paroi tubaire *r*, *e*, *r*.

restée perméable aurait pu conduire l'élément fécondant jusqu'à l'ovule développé dans une portion d'ovaire actif, encore existant dans la paroi du kyste.

Les modifications apportées aux organes au contact desquels se développe l'embryon ne sont pas les seules que l'on rencontre. L'utérus subit une évolution qui rappelle celle que l'on observe dans la grossesse normale. Son volume augmente dans des proportions considérables. Il peut atteindre jusqu'à 12 et 14 centimètres de longueur, et conserver ce volume pendant toute l'évolution de la grossesse ectopique. En outre le corps et le col présentent un ramollissement très net, identique à celui que l'on observe dans la grossesse normale.

Mais les modifications les plus curieuses sont celles que l'on observe au niveau de la muqueuse utérine. Elle se transforme en une caduque analogue à la caduque de l'utérus gravide, et au moment où la grossesse ectopique se termine, cette caduque s'élimine soit en bloc, soit par fragments microscopiques perdus dans des caillots sanguins. Du côté des seins et des parties génitales externes surviennent aussi les modifications qui caractérisent l'évolution de la grossesse normale.

Plus le fœtus avance en âge et plus sont accentuées les diverses particularités anatomiques que je viens de décrire. Aussi peut-on rencontrer les lésions les plus variables suivant l'âge auquel est parvenue la grossesse ectopique.

L'évolution de la grossesse extra-utérine est, en effet, fort différente suivant les cas. Le plus souvent, à une période encore assez rapprochée de son début, elle est interrompue par des accidents divers qui entraînent la mort du fœtus et bien souvent aussi des complications graves pour la mère. Mais quelquefois la grossesse peut se rapprocher de son terme et se terminer soit par la mort du fœtus, si elle est abandonnée à elle-même, et sa macération, sa transformation en *lithopædion*, plus ou moins bien toléré, ou, au contraire, par la naissance d'un enfant vivant, si une intervention opératoire heureuse a pu être pratiquée à temps.

Le plus souvent, je viens de le dire, la grossesse ectopique se termine brusquement, après une période assez courte et on assiste, au cours de cette évolution anormale, à une série d'accidents bien connus aujourd'hui et auxquels il est souvent possible de porter remède.

L'évolution de l'embryon hors de la cavité utérine se fait en effet dans de mauvaises conditions. Les modifications histologiques qui se passent, pour prendre un exemple, dans la grossesse tubaire, ont été bien étudiées, en particulier par Pilliet et tout dernièrement par Couvelaire.

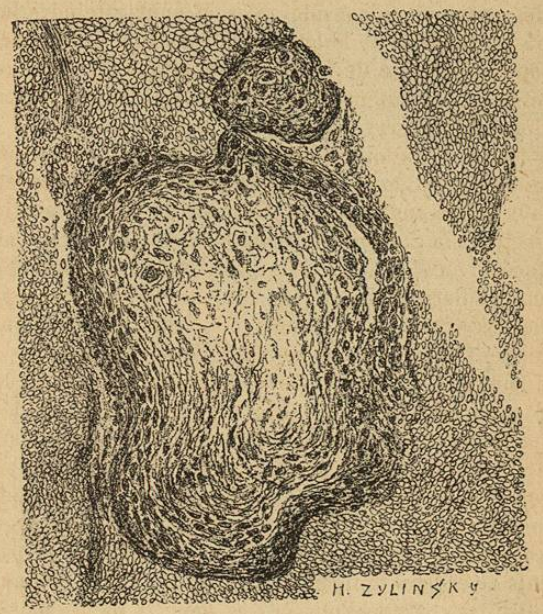

Fig. 212.

(Labadie-Lagrave et Legueu.) Grossesse tubaire. (Préparation de Pilliet.)

Villosité placentaire au centre d'un caillot de la trompe.

La muqueuse tubaire se vascularise, se hérisse de villosités qui s'entre-croisent avec les villosités choriales, et se creusent de véritables lacs sanguins qui communiquent largement avec les artères et les veines (fig. 212 et 213). Mais par suite d'une insuf-

fisance de nutrition, les villosités choriales s'atrophient peu à peu, elles se rétractent, ouvrant ainsi, dans les lacs sanguins qu'elles pénétrent, des voies par où le sang s'échappe en

Fig. 213.

(Labadie-Lagrave et Legueu.) Grossesse tubaire avec rupture (Pilliet).

La paroi musculaire est extrêmement amincie. — La muqueuse est remplacée par une couche de grandes cellules déciduales, interrompue de place en place par de larges caillots. — On voit une villosité placentaire s'avancer jusqu'au contact de la paroi coiffée d'un caillot non fibrineux.

légères hémorragies, qui se répètent, se multiplient, décollent l'œuf de la paroi tubaire et le repoussent vers le centre de la trompe, où on peut le trouver perdu et plus ou moins altéré

au milieu d'un caillot souvent volumineux. On est alors en présence d'une accumulation de sang dans la trompe, d'un *hématosalpinx*, le plus simple des accidents dus à l'évolution de la grossesse tubaire.

L'hématosalpinx ainsi constitué peut d'ailleurs guérir et le caillot avec l'embryon qu'il renferme se résolvent graduellement. Il peut cependant persister en partie et on a pu rencon-

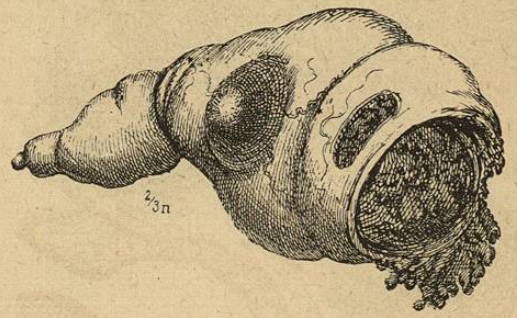

Fig. 214.

Avortement tubaire, 2/3 g. n. (Kelly).

trer dans la trompe des villosités choriales plusieurs années après la cessation de tout accident.

Mais le plus souvent les hémorragies se répètent et l'œuf décollé est entraîné avec le sang hors de la cavité de la trompe. C'est un *avortement tubaire*.

Si l'œuf est poussé vers l'orifice utérin, il peut franchir cet orifice, tomber dans la cavité utérine et être expulsé au dehors au milieu de phénomènes qu'il est à peu près impossible de ne pas confondre avec ceux d'une fausse couche commune. D'ailleurs il est fort probable que l'*avortement tubo-utérin* n'existe pas. Les cas dans lesquels on l'aurait observé ne sont sans doute que des erreurs de diagnostic et Jonessof [1], dans une thèse très récente faite sous l'inspiration de Pinard, est très

[1] Jonessof. A propos de l'avortement tubo-utérin. Th. Paris, 1901.

affirmatif sur ce point. Mais l'œuf peut en revanche être poussé vers le pavillon de la trompe, où la voie s'ouvre plus large et plus facile, et l'avortement se fait alors dans la cavité péritonéale (fig. 214). Ce sont des faits aujourd'hui bien étudiés

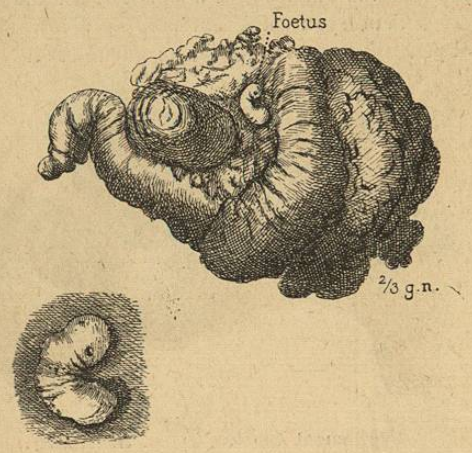

Fig. 215.
Le caillot enlevé, avec le fœtus à la surface, 2/3 g. n. (Kelly).

et qu'on trouvera parfaitement décrits dans l'excellente thèse de Cestan [1]. C'est surtout au début de la grossesse tubaire que se produit cet avortement péritonéal. Il faut, en effet, pour que l'œuf parvienne dans le péritoine, que le pavillon de la trompe soit perméable. Or dans la grossesse tubaire l'orifice abdominal de la trompe se ferme régulièrement. Mais d'après Bland-Sutton, il ne s'oblitérerait jamais avant la cinquième semaine. C'est donc dès le début de la grossesse que se produit cet accident qui passait autrefois inaperçu parce qu'il donne rarement lieu à des complications très graves. Presque toujours

[1] Cestan. Des hémorragies intra-péritonéales et de l'hématocèle pelvienne. Thèse Paris, 1894.

cet avortement tubaire est l'origine d'une hématocèle, qui peut s'enkyster, se résorber et disparaître, ou même être incisée par le cul-de-sac postérieur ou extirpée par voie abdominale sans qu'on puisse retrouver les traces de l'embryon disparu.

Fig. 216.
Grossesse tubaire rompue (Labadie-Lagrave et Legueu).

Il est donc extrêmement difficile de savoir quelle est la fréquence exacte de ces avortements tubaires. Contentons-nous de dire qu'ils sont loin d'être rares.

En revanche, il est un autre accident, plus fréquent peut-être encore, et qui est beaucoup mieux connu dans ses circonstances et ses manifestations. C'est la *rupture*.

Cette rupture se produit en général dans le courant du troisième mois. Rare après le quatrième, elle devient exceptionnelle après le cinquième.

On a cru pendant longtemps que cette rupture était due à la surdistension de la trompe. Il est évident que cette surdistension n'est pas négligeable, mais il paraît certain que ce sont les altérations de la paroi tubaire qui jouent le principal rôle dans sa déchirure. C'est en effet presque toujours au niveau

de l'insertion placentaire que la déchirure se produit. C'est, parce qu'en ce point la paroi tubaire a été profondément modifiée par la pénétration des villosités choriales. La résistance

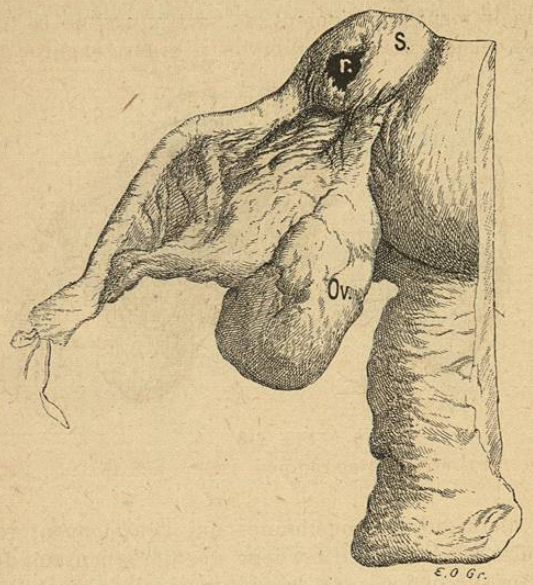

Fig. 217.

Grossesse tubaire isthmique juxta-utérine recueillie à l'autopsie d'une femme morte d'hémorragie intra-péritonéale cataclysmique, 92 jours après la fin des dernières règles (Couvelaire).

Vue postérieure des annexes droites et de la moitié droite de l'utérus. S., sac fœtal. — r., orifice de la rupture.

en est fort amoindrie et, sous l'influence d'une poussée hémorragique intra-tubaire un peu plus violente que les autres, la paroi cède et se rompt sur une largeur qui, d'après Cestan, varie de 1 à 3 centimètres environ (fig. 216, 217, 218, 219).

Cette rupture tubaire s'accompagne en général d'une hémorragie sérieuse. L'écoulement sanguin intra-péritonéal peut

même se faire avec une telle abondance qu'il entraîne une mort rapide. Ce sont là des faits sur lesquels nous aurons à revenir à propos de l'hématocèle, qui est la suite presque naturelle de la rupture tubaire.

Ordinairement, au moment de la rupture de la trompe, l'œuf se déchire aussi et l'embryon peut être expulsé dans le

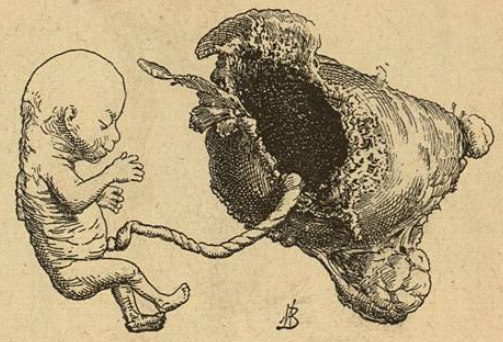

Fig. 218.

Grossesse utérine rompue, 1/2 gr. nat. (Kelly).

ventre, alors que les membranes qui l'enveloppent restent adhérentes à la trompe. Il est donc à peu près constant de voir l'embryon succomber après la rupture, mais la mort de l'embryon n'est pas fatale. L'œuf, comme dans l'avortement tubaire simple, peut être rejeté en entier hors de la trompe. Il peut continuer à vivre dans la cavité abdominale et on se trouve alors en présence d'une *grossesse péritonéale secondaire*.

Dans quelques cas très exceptionnels, la rupture de la trompe peut se faire au niveau de son bord adhérent, dans le ligament large, et le fœtus peut continuer à vivre et à se développer dans le tissu cellulaire intra-ligamenteux en constituant ainsi une *grossesse sous-péritonéo-pelvienne*, dont on comprend fort bien la pathogénie, et dont il n'est pas moins facile de mesurer la gravité.

Mais ces divers accidents ne se produisent pas fatalement. S'ils sont presque constants dans la grossesse tubaire, il n'en est pas de même dans la grossesse tubo-abdominale ou péritonéale. Ici l'évolution du fœtus peut se poursuivre dans de meilleures conditions, et il n'est pas très rare de voir la gros-

Fig. 219.
Grossesse tubaire avec rupture de la trompe (Labadie-Lagrave et Legueu).

sesse évoluer jusqu'à son terme, ou à peu près, si bien qu'on peut croire à une grossesse normale. L'erreur peut même persister jusqu'au bout, car au moment du terme de la grossesse, la malade présente d'ordinaire des phénomènes de *faux travail*, tranchées utérines, hémorragies, qui font croire à la réalité d'un accouchement, et c'est seulement alors que, le travail n'étant suivi d'aucun effet, on est parfois conduit à explorer l'utérus, à s'apercevoir qu'il est vide et à porter le diagnostic de grossesse ectopique.

Au bout de quelques heures, ou de quelques jours, souvent après l'expulsion d'une caduque, les douleurs cessent, les phénomènes de faux travail s'arrêtent. Mais alors le fœtus est mort.

Un fœtus à terme, ou même de quatre ou cinq mois, est trop volumineux pour être résorbé. Il ne disparaît pas. Il reste comme un corps étranger dans l'organisme maternel. Le liquide amniotique disparaît, le fœtus se flétrit, se ratatine, s'infiltre de sels calcaires, et persiste indéfiniment. C'est à ce fœtus calcifié qu'on donne le nom de *lithopædion* (fig. 220). Il s'enkyste et peut quelquefois être parfaitement toléré. Mais cette terminaison favorable est exceptionnelle et un certain temps après la mort du fœtus on voit, en général, survenir des accidents graves. Le kyste fœtal peut s'infecter secondairement, presque toujours par suite de la proximité de l'intestin, et si parfois le foyer suppuré ainsi constitué peut s'ouvrir dans une cavité naturelle ou à la peau en donnant ainsi lieu à une guérison spontanée, il est plus commun de voir survenir des accidents septiques qui emportent la malade, soit brus-

Fig. 220.
Lithopædion enlevé de la cavité abdominale quatre ans après le faux travail (Kelly).

quement, soit à la suite d'une intarissable suppuration.

Symptômes et diagnostic. — Il n'est aucune affection qui puisse revêtir des aspects aussi variés que la grossesse ectopique, et cela se conçoit sans peine, si l'on songe aux différences profondes qu'elle peut présenter suivant qu'on l'observe à son début, ou au contraire près de sa terminaison, dans les cas assez rares où elle arrive à terme.

C'est au cinquième mois environ que ses caractères se différencient. Avant cette date, d'ailleurs un peu arbitraire, alors que le fœtus ne peut être révélé par aucun signe propre, la grossesse exta-utérine présente les signes d'une *tumeur annexielle* qu'accompagnent des troubles utérins un peu particuliers. Passé cette date, au contraire, le fœtus peut être reconnu, lorsqu'il est vivant, et la grossesse ectopique ressemble alors à une grossesse normale plus qu'à tout autre chose, si bien qu'il faut beaucoup de perspicacité, de sens clinique, ou de bonheur, pour ne pas s'y laisser prendre lorsqu'on voit la malade à cette époque pour la première fois.

Au début, on n'observe, en général, d'autres phénomènes que ceux qui accompagnent le début de toute grossesse, suppression des règles, troubles gastriques, sensations particulières, augmentation de volume des seins, etc., si bien qu'il semble n'y avoir aucun doute sur la réalité d'une grossesse. D'ailleurs l'utérus est augmenté de volume, et le col est ramolli. Parfois, cependant, les phénomènes sont moins nets. Les règles ne sont pas complètement supprimées, mais sont diminuées ou simplement retardées, et il peut y avoir quelques douleurs pelviennes qui font penser à une affection des annexes.

On examine la femme et on trouve alors, au niveau des annexes d'un des côtés, une tumeur de petit volume, qui n'a aucun caractère particulier et qui, en somme, ressemble beaucoup à une salpingite. Au fur et à mesure du développement de la grossesse ectopique, le volume de la tumeur annexielle augmente et, si on atteint sans encombre le cinquième mois, elle est alors très volumineuse et remonte dans l'abdomen jusqu'au

niveau de l'ombilic. Il va sans dire qu'à ce moment l'utérus dévié, refoulé, débordé, peut, malgré son volume anormal, n'être plus perceptible à côté de la tumeur principale. Il faut cependant le chercher avec beaucoup de soin, car on comprend l'importance que peut avoir, au point de vue du diagnostic, la constatation de l'indépendance respective de l'utérus et de la tumeur. Mais bien souvent, au cours de l'évolution de la grossesse ectopique, quelque accident vient changer la face des choses, et il est, en somme, tout à fait exceptionnel de voir la tumeur évoluer paisiblement pendant cinq mois.

Plus communément, surtout à l'époque où la malade attendait sa première ou sa deuxième époque, un écoulement sanguin se produit, qui s'accompagne de douleurs, de phénomènes péritonéaux plus ou moins intenses, parfois même de l'expulsion d'une caduque utérine bien reconnaissable. Souvent ces phénomènes ne font que traduire la formation d'un hématosalpinx. Souvent aussi, ils sont plus accentués, parfois même d'allure très grave, et s'accompagnent d'accidents foudroyants d'hémorragie interne, et l'on se trouve en présence d'une *hématocèle*, affection assez fréquente et assez bien déterminée pour mériter la description spéciale qui en sera donnée dans le prochain chapitre.

Si par hasard l'évolution de la grossesse ectopique se poursuit *après le cinquième mois*, les phénomènes en présence desquels on se trouve sont, à moins d'accidents, sensiblement ceux d'une grossesse normale : volume du ventre, mouvements actifs du fœtus, bruits du cœur révélés par l'auscultation, sensations des parties fœtales perçues à travers la paroi abdominale, tout y est, et si le diagnostic n'a pas été fait dès le début de la grossesse, il est vraiment bien difficile de ne pas prendre tous ces phénomènes pour ceux d'une grossesse régulière. Il n'y a qu'un signe qui permette d'éviter une erreur. C'est la constatation nette de l'utérus, indépendant du sac fœtal. Parfois il est possible de sentir au-dessus du pubis le fond de l'utérus et de le délimiter par le palper bimanuel. Mais la chose est assez rare : on ne le trouve qu'à condition de le

chercher, et pour le chercher il faut être prévenu par quelque phénomène anormal de la possibilité d'une grossesse ectopique.

Les accidents qui peuvent apparaître, d'ailleurs plus rares qu'aux premiers temps de la grossesse, ne présentent rien de spécial. Mais ils s'accompagnent presque toujours de la mort du fœtus, constatée par les moyens ordinaires et des phénomènes de faux travail. C'est parfois seulement alors qu'on peut faire le diagnostic. L'accouchement ne se fait pas, on est conduit à rechercher pourquoi il ne se fait pas, à dilater l'utérus pour le provoquer, au besoin à l'explorer, et, en fin de compte, à constater qu'il est vide et indépendant du sac fœtal.

La mort du fœtus peut être suivie de graves *complications* et si quelquefois il est indéfiniment toléré et se transforme en lithopædion, il est plus commun de voir le kyste fœtal s'infecter. Cette *infection* vient ordinairement de l'intestin, et la poche suppurée qui en résulte ne tarde pas, en général, à provoquer la mort de la malade, qu'emporte une septicémie lente ou une péritonite rapide. Quelquefois cependant une ouverture spontanée dans le rectum, le vagin, l'utérus ou même à la peau, peut être l'origine d'une guérison spontanée.

Rien n'est plus irrégulier que le *diagnostic* de la grossesse ectopique. Quelquefois très facile, il peut, au contraire, devenir parfois à peu près impossible.

Avant le cinquième mois, elle peut être confondue avec toutes les tumeurs para-utérines dont elle présente les signes physiques, et en particulier avec des *salpingites* plus ou moins volumineuses suivant l'âge de la grossesse. Cette confusion est d'autant plus facile à faire que souvent les phénomènes de grossesse sont peu marqués et qu'il y a des hémorragies utérines qui peuvent faire croire à la persistance des règles. On peut également confondre la grossesse ectopique avec un *fibrome* sous-péritonéal qui semble indépendant de l'utérus, avec un *kyste de l'ovaire* ou une *tumeur solide* de cet organe.

Il n'y a, je le répète, que l'*association d'une tumeur juxta-utérine à des phénomènes de grossesse au début*, qui puisse faire porter le diagnostic de grossesse ectopique. Encore commettrait-on fatalement une confusion s'il s'agissait d'une grossesse réelle coexistant avec une tumeur para-utérine. Mais cette confusion ne peut guère avoir lieu que tout à fait au début de la grossesse, dans les deux premiers mois, lorsque l'utérus n'a pas encore acquis un volume trop considérable.

Lorsque les phénomènes de grossesse sont très marqués et que la tumeur fœtale se trouve prolabée dans le cul-de-sac de Douglas on peut parfaitement confondre la grossesse ectopique avec une rétroversion de l'utérus gravide, dont on peut, cependant la distinguer, si l'on y songe, parce que dans la grossesse ectopique on ne constate pas, en général, l'immobilité de l'utérus gravide rétrofléchi, et aussi parce qu'on peut délimiter bien souvent le fond de l'utérus, qu'on ne trouve pas au-dessus du pubis dans l'utérus rétrofléchi.

Après le cinquième mois, lorsque le fœtus est vivant, il est vraiment bien difficile de ne pas prendre la grossesse ectopique pour une grossesse normale, et il faut sentir à côté de la tumeur fœtale le corps de l'utérus avec bien de la précision pour pouvoir affirmer, avec quelque apparence de raison, un diagnostic aussi épineux.

Quant aux *accidents* de la grossesse extra-utérine qui se résument presque tous dans la rupture ou l'avortement tubaire et qui se traduisent par les phénomènes d'hématocèle que je décrirai plus loin, ils se présentent, en général, avec assez de netteté pour qu'il soit facile de les reconnaître. Bien plus, c'est la constatation de ces accidents qui peut, dans bien des cas, permettre d'affirmer l'existence d'une grossesse ectopique.

Quant à reconnaître les unes des autres les diverses variétés de grossesse ectopique, il n'y faut pas songer. Tout au plus peut-on présumer que lorsque la grossesse dépasse sans accident le cinquième mois, elle a des chances pour ne pas siéger dans la trompe. Les grossesses tubaires se rompent en effet presque toujours avant d'en arriver là.

La grossesse ectopique est une affection grave. Lorsqu'elle se rompt prématurément, les accidents qu'entraîne sa rupture peuvent être mortels; ils sont, en tout cas, presque toujours des plus sérieux. Lorsqu'elle dépasse le cinquième mois, le *pronostic* s'assombrit encore, car on n'a vraiment pas le droit de compter sur la mort du fœtus et sa transformation en lithopædion, qui se fait tout au plus dans un dixième des cas, encore moins sur l'ouverture spontanée après suppuration, rare et souvent mortelle. En dehors de ces terminaisons exceptionnelles, la grossesse ectopique ne peut finir que par la mort de la malade ou quelque intervention chirurgicale heureuse.

Traitement. — Le traitement de la grossesse ectopique est donc de la plus haute importance. On ne saurait mieux faire pour l'étudier dans tous ses détails que de se reporter au magistral rapport de Segond au Congrès de Marseille [1]. C'est une œuvre parfaite et où il n'y a pas un seul mot à changer, si ce n'est en ce qui concerne les indications des opérations par voie vaginale qu'il faut, à mon avis, restreindre quelque peu. Cette question a d'ailleurs été à l'ordre du jour dans ces dernières années. La Société de Chirurgie s'en est longuement occupée et le rapport de Picqué a résumé l'opinion de la plus grande partie de ses membres [2].

Je ne m'occuperai pour le moment que du traitement de la grossesse extra-utérine en dehors de ses accidents. La conduite à tenir au cours des accidents sera étudiée plus loin à propos de l'hématocèle.

« Toute grossesse ectopique, a dit Werth, doit être considérée comme une tumeur maligne et traitée comme telle. » Au fond cela est vrai, bien qu'il y ait quelques restrictions à faire, puisque certaines grossesses extra-utérines peuvent se terminer heureusement sans intervention, fait qui ne se présente

[1] Paul Segond. Traitement des grossesses extra-utérines. *Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pædiatrie*. Marseille, oct. 1898.

[2] Picqué. Rapport sur 3 cas de grossesse extra-utérine. *Bull. et mém. de la soc. de chir.* Paris, 1896, t. XXII, p. 30.

jamais dans une tumeur maligne. D'autre part, dans la grossesse ectopique, l'indication opératoire n'est pas aussi pressante que dans une tumeur maligne, et, en particulier après le cinquième mois, il est des cas dans lesquels il faut savoir attendre. Aussi Pinard me paraît-il tout à fait dans le vrai, lorsqu'il dit : « Toute grossesse extra-utérine diagnostiquée commande l'intervention chirurgicale. » C'est un précepte qui, pour être moins pressant, n'en est pas moins catégorique.

C'est qu'en effet il faut, au point de vue de la conduite à tenir comme au point de vue des symptômes, distinguer entre les grossesses ectopiques, suivant qu'elles n'ont pas atteint le *cinquième mois* ou, au contraire, ont dépassé ce terme.

Avant le cinquième mois, il n'y a aucun doute à avoir, aucune hésitation à formuler, il faut opérer, et le plus tôt possible. Une femme en état de grossesse ectopique n'est jamais sûre du lendemain, elle est à la merci d'une rupture qui peut être foudroyante, et ce sont là des chances que nous n'avons pas le droit de lui laisser courir. Le délai à remplir jusqu'à ce que l'enfant soit viable est véritablement trop long pour qu'on puisse espérer l'atteindre sans accident, et je suis de ceux qui pensent qu'il vaut mieux sacrifier dix fœtus que de laisser mourir une mère.

Toute grossesse ectopique âgée de moins de cinq mois doit donc être opérée, et le plus tôt possible. Le doute seul légitime une certaine temporisation et si l'on croit se trouver en présence d'une salpingite, par exemple, il est tout naturel qu'on tienne la malade en observation pendant quelque temps. Mais si le diagnostic est fait, si même on a des raisons sérieuses de penser à la réalité d'une grossesse ectopique, il n'y a aucune hésitation à avoir : il faut opérer.

Reste à savoir comment il faut le faire. Il n'y a pour moi aucun doute sur ce point. C'est à la laparotomie qu'il faut avoir recours, même lorsqu'il y a du côté opposé des lésions annexielles. Je me sépare de Segond sur ce point. On sait la prédilection de ce chirurgien pour l'hystérectomie vaginale. Il conseille donc de la pratiquer et d'enlever à la faveur de la