brèche utérine les annexes et le sac fœtal, lorsque les lésions sont doubles, et que la grossesse ectopique n'est pas trop avancée et est âgée de moins de trois ou quatre mois, parce qu'on serait, dans le cas de grossesse plus ancienne, exposé à laisser dans le ventre tout ou partie du placenta.

Bien qu'ayant eu, il y a quelques années, une prédilection marquée pour l'hystérectomie vaginale, je crois maintenant qu'il faut lui préférer la laparotomie, pour les raisons que j'ai exposées plus haut, à propos des suppurations pelviennes (voy. p. 284), et sur lesquelles, je ne reviens pas. C'est donc à la laparotomie que l'on aura recours, car elle permet, sans être sensiblement plus grave, de faire plus et mieux que l'hystérectomie vaginale et aussi de s'arrêter en chemin, si l'examen direct permet de voir que les annexes d'un côté peuvent être conservées.

La laparotomie sera d'ailleurs conduite exactement comme s'il s'agissait de l'extirpation d'une salpingite kystique, à laquelle l'ablation du sac fœtal ectopique ressemble absolument. Il n'y a que des différences de détail et tenant à la disposition des parties, à l'adhérence plus ou moins intime de la tumeur aux organes voisins, à sa vascularité plus grande, à sa pédiculisation parfois moins facile, surtout lorsqu'il s'agit d'une *grossesse tubo-interstitielle*. Dans ce cas l'utérus lui-même adhère intimement au sac et l'on peut être conduit, pour se rendre maître d'une hémorragie menaçante ou simplement pour pouvoir enlever la tumeur, à pratiquer en même temps l'extirpation de l'utérus.

Lorsque le sac fœtal est inclus dans le ligament large, ce qui est rare, les difficultés de son extraction augmentent encore. Elles tiennent surtout à la vascularité de la région et, pour peu que la grossesse soit un peu avancée, le chirurgien n'a pas trop de tout son sang-froid et de toute son habileté pour se rendre maître d'hémorragies parfois redoutables. Il faut, dans ces cas, pénétrer hardiment dans le ligament large en incisant le feuillet péritonéal qui recouvre la tumeur, décortiquer rapidement celle-ci avec les doigts en écartant les veines souvent volumineuses qui l'entourent, ne pas s'effrayer

d'un écoulement sanguin souvent très abondant, mais qu'un tamponnement momentané arrête presque toujours, et achever au plus vite son opération.

Mais, il peut y avoir, surtout du fait des adhérences vasculaires des difficultés considérables et dont parfois un chirurgien éprouvé sortira seul à son honneur.

Bien entendu, si les annexes du côté opposé sont malades, on les extirpera par la même occasion. L'hystérectomie abdominale totale ou subtotale, suivant les habitudes du chirurgien, sera ici tout indiquée, et bien que ne l'ayant jamais pratiquée dans ces conditions, je suis convaincu qu'elle facilitera beaucoup l'extirpation du sac tubaire adhérent et que cette mutilation plus étendue n'aura d'autre résultat que de rendre l'opération plus bénigne.

Il va sans dire que pour toutes ces interventions l'usage du plan incliné est indispensable.

Lorsque la grossesse ectopique *a dépassé le cinquième mois*, les indications opératoires changent complètement. C'est qu'en effet, à partir de cette époque, les accidents de rupture sont beaucoup plus rares et qu'en outre chaque jour rapproche le fœtus de l'époque où il sera viable. L'opération, lorsque le fœtus a six mois, n'est pas, en somme, sensiblement moins grave que lorsqu'il en a huit, et si la grossesse évolue sans incidents, si la mère est en bonne santé et ne semble pas souffrir d'une situation aussi anormale, si elle peut être surveillée de près et opérée immédiatement en cas d'accidents graves, il est permis de se demander s'il ne vaut pas mieux attendre, de façon à avoir un enfant vivant sans faire courir à la mère plus de risques que par une opération plus hâtive. Mais cette dernière considération passe avant toutes les autres, et je pense avec Segond qu'il n'est permis d'attendre « qu'à cette condition formelle que le sauvetage de l'enfant n'entraîne jamais l'ombre d'un péril pour la vie de la mère ».

Dans ces conditions, on pourra donc attendre jusqu'à ce que le fœtus soit parfaitement viable. Pinard, attend le huitième et même le neuvième mois, et je crois qu'il est dans le vrai, car,

si la femme peut être surveillée de près, elle ne court pas, en attendant un mois de plus dans le repos le plus complet, de chances sérieuses de voir s'aggraver son état, et le fœtus y gagne en somme de nombreuses chances de vie et de santé.

On attendra donc, si possible, que le huitième mois soit accompli, et l'on opérera.

Mais c'est là une chirurgie difficile et émouvante, plus émouvante et plus difficile encore que lorsque la grossesse n'est vieille que de quatre ou cinq mois au plus. Toutes les difficultés viennent du volume du *placenta*, et toutes les discussions portent sur la conduite qu'il faut tenir vis-à-vis de cet organe.

L'extraction du placenta peut, en effet, s'accompagner d'une hémorragie formidable, incoercible et mortelle, devant laquelle le chirurgien le plus expérimenté pourra, malgré sa hardiesse, sa rapidité et son sang-froid, rester désarmé.

Le placenta, dans ces grossesses avancées qui sont presque toujours abdominales, adhère aux organes voisins, aux parois pelviennes, à la vessie, aux intestins surtout. Il est souvent très difficile de le décoller sans déchirer ces divers organes, et surtout sans entraîner des hémorragies abondantes. On conçoit donc que des chirurgiens de la valeur et de la hardiesse de Segond et de Routier, qui se sont trouvés aux prises avec des difficultés considérables, se rangent à l'avis de Pinard et conseillent de marsupialiser le sac fœtal en abandonnant le placenta, qui s'éliminera ultérieurement.

Les inconvénients de cette élimination lente, qui se fait en général dans un délai de un à deux mois, sont beaucoup moins grands qu'on ne pourrait le croire. Les seuls accidents que l'on puisse craindre sont des accidents de suppuration, d'hecticité et de septicémie, accompagnant la désagrégation du placenta abandonné. Mais il ne faut pas faire ces accidents plus graves qu'ils ne le sont en réalité, et ils le sont peu, puisque Pinard, sur dix-sept marsupialisations, n'a eu qu'un seul décès. Encore ce décès était-il celui d'une femme opérée *in extremis*, si bien qu'il faut, selon l'expression de Pinard, redouter « beaucoup moins la septicémie par rétention que l'hémorragie par extraction immédiate ».

Cependant, lorsqu'elle est possible, l'extirpation du placenta est évidemment beaucoup plus satisfaisante. Elle a été faite souvent, et Pozzi a relevé onze opérations avec onze succès. Cette statistique est si belle qu'il est probable qu'elle correspond à des cas relativement favorables, et il est d'ailleurs bien certain qu'elle n'a qu'une valeur très relative, car, ici comme ailleurs, bien des cas malheureux n'ont sans doute pas été publiés. Personnellement je n'ai pas d'expérience n'ayant jamais opéré de grossesse ectopique avancée avec enfant vivant. J'aurais plutôt une tendance à extirper immédiatement le placenta. Mais les conseils de prudence d'hommes comme Pinard et Segond me frappent beaucoup, et je ne puis que conseiller de les suivre.

Je crois d'ailleurs que ce n'est pas là une règle absolue. Il est des cas dans lesquels l'énucléation du placenta peut paraître facile et l'être en réalité. Il est évident que, dans ces conditions, il faudra la tenter en s'entourant de toutes les précautions nécessaires pour la réussir.

Il est encore d'autres cas dans lesquels le placenta doit être extirpé. C'est, par exemple lorsqu'il est partiellement décollé, que l'hémorragie est sérieuse et qu'il est indispensable d'enlever le placenta tout entier pour arrêter le sang qui coule. C'est aussi lorsque le sac fœtal a été rompu, qu'il n'existe plus, et que le fœtus se trouve au milieu des intestins. Dans ces conditions il est impossible de marsupialiser le sac et d'extérioriser le placenta. Il faut donc l'enlever, coûte que coûte, car je pense qu'il ne serait pas prudent d'abandonner le placenta dans le ventre, suivant le conseil de Negri, et de confier à la nature le soin de le résorber. La chose est possible, évidemment, mais je la crois dangereuse, plus dangereuse que l'extraction, et je pense qu'agir ainsi serait donner à la malade des chances très sérieuses d'infection consécutive et de mort.

Il faut donc, en face d'une grossesse ectopique *avec enfant vivant et viable*, pratiquer la *laparatomie*.

Je ne parle pas de l'*élythrotomie*, c'est-à-dire de l'extraction de l'enfant par le vagin, après incision de celui-ci sur le point

le plus saillant. C'est une pratique qui me paraît détestable et accumule toutes les difficultés sans présenter aucun avantage.

La malade étant sur le plan incliné, on ouvrira rapidement le kyste et on extraira plus rapidement encore l'enfant, dont on coupe le cordon entre deux pinces et qu'on confie immédiatement à l'aide chargé de s'en occuper. Si l'on ne croit pas devoir ou pouvoir enlever le placenta, on vide complètement la poche, on enlève les fragments de membranes plus ou moins flottants, on fixe les tissus du sac aux lèvres de la plaie et on tamponne à la gaze aseptique en enfermant le placenta sous les compresses. Peu à peu la poche se rétracte, le placenta s'atrophie et se désagrège, et si l'on a soin de lutter contre l'infection qui se produit fatalement dans la poche, on voit le placenta s'éliminer peu à peu, la poche se combler et la guérison survenir. Si l'on croit pouvoir enlever le placenta, il faut le décoller avec précaution des organes auxquels il adhère, mais sans perdre de temps, en allant aussi vite que possible et en tenant prêtes des compresses aseptiques en grand nombre, pour tamponner la cavité et les surfaces saignantes au moment même où on détache le placenta.

Dans certains cas compliqués et graves, on pourra être conduit, soit pour pratiquer l'hémostase, soit pour faciliter une opération trop difficile, à enlever, en même temps que le sac, l'utérus et même les annexes opposées qui y adhèrent parfois étroitement.

Dans quelques cas exceptionnels, qui sont surtout des cas de grossesses tubaires, le sac fœtal est pédiculisable, sans adhérences trop intimes avec les parties voisines et il est extirpable en totalité, comme une tumeur ordinaire. Il est évident que, dans ces conditions, il y aura un grand avantage à pratiquer l'extirpation totale du sac et de son contenu, soit en bloc, si la chose est possible et peut être conduite très rapidement, afin que le fœtus ne souffre pas, soit en enlevant d'abord le fœtus, après incision du sac et en attirant ensuite au dehors le sac lui-même avec les membranes et le placenta qu'il renferme.

Si l'enfant est mort, la décision à prendre, la conduite à tenir

et aussi les manœuvres opératoires, sont, en général, beaucoup plus simples, à moins toutefois que la mort du fœtus ne soit récente. Dans ce dernier cas la circulation placentaire, au moins du côté maternel, est encore très active et les risques d'hémorragie sont à peu près les mêmes que ceux que l'on rencontre avec un fœtus vivant. Or comme un fœtus mort est en général fort bien toléré, au moins pendant quelque temps, il y a évidemment avantage à attendre un peu, en surveillant, bien entendu, la femme de très près. Pinard pense qu'au bout de six semaines environ, la circulation placentaire s'est suffisammentra lentie pour qu'on n'ait plus grand'chose à craindre d'une hémorragie opératoire.

L'opération est identique à celle que je viens de décrire. Mais ici je crois qu'on aura le droit d'insister davantage sur l'extirpation du placenta. Segond est encore d'avis de marsupialiser la poche et de l'abandonner. Je crois véritablement qu'on a le droit d'aller plus loin, à condition d'y aller avec précaution et de ne pas insister si le placenta est inséré sur les intestins, s'il y adhère solidement, et si un très léger décollement amène une hémorragie sérieuse. Mais s'il n'en est pas manifestement ainsi, il me semble qu'on doit essayer d'enlever le placenta. Dans un cas personnel de grossesse de sept mois, opérée quinze jours après la mort du fœtus, je me suis parfaitement bien trouvé d'avoir enlevé le placenta. Un suintement sanguin assez abondant s'est facilement arrêté par compression. J'ai laissé à demeure dans le ventre trois ou quatre longues pinces à pression que j'ai enlevées au bout de quarante-huit heures, et ma malade a guéri sans aucun incident.

Quand le fœtus est mort depuis longtemps, il faut encore et toujours opérer. Un lithopædion n'est pas chose inoffensive et il faut d'ailleurs de longs mois pour en arriver à ce qu'il se constitue. En attendant, le kyste fœtal peut s'infecter et donner lieu aux accidents les plus graves. Il faut donc l'opérer, et l'opérer toujours, à moins d'une contre-indication particulière, et d'ailleurs exceptionnelle.

L'opération ne diffère en rien de ce qu'elle était dans le cas précédent. Le placenta est seulement moins vasculaire. Quelquefois, dans les cas anciens, il a même presque disparu et les difficultés qu'on rencontre dans son extirpation lorsqu'il est récent sont ici infiniment moindres. Aussi me semble-t-il qu'on doit tâcher d'enlever le placenta pour éviter la marsupialisation de la poche et les accidents de suppuration et d'éventration qui la suivent. En fait, on l'enlèvera le plus souvent. Si les adhérences sont encore trop fortes et si l'on craint de déchirer l'intestin, on pourra évidemment se résoudre à l'abandonner. Mais cet abandon doit être exceptionnel et on ne renoncera à l'enlever que lorsqu'il sera impossible de faire autrement.

L'*élythrotomie*, qu'il faut résolument proscrire dans les cas récents, pourra ici être employée dans les cas où le kyste fœtal proémine fortement dans le vagin. On incise au point le plus saillant de la tumeur, on extrait le fœtus et on draine. Il est des cas où cette pratique fort simple peut paraître avantageuse. Mais je lui préfère cependant, malgré les succès qu'elle a donnés, en particulier à Pinard, la *laparotomie* qui me paraît pouvoir permettre d'accomplir une meilleure besogne, et que je conseillerai en somme, d'une façon systématique, dans tous les cas de grossesse ectopique, ancienne ou récente, avec fœtus mort ou vivant.

HÉMATOCÈLE PELVIENNE

Ce chapitre doit être élargi. Aussi bien sa pathogénie est-elle aujourd'hui assez connue pour que, laissant de côté les anciennes descriptions et les théories surannées, nous étudiions sous ce titre les hémorragies intra-péritonéales d'origine génitale, qu'elles soient diffuses ou enkystées. Les unes et les autres ne sont, en effet, que les formes diverses d'un même accident, l'interruption par rupture ou avortement tubaire d'une grossesse ectopique, dont le rôle dans la production de ces hémorragies est si important qu'il est, en vérité, permis de ne pas tenir compte des cas très exceptionnels dans lesquels l'hémorragie pelvienne peut reconnaître une autre origine.

Bien que les causes en soient identiques, il y a, au point de vue des symptômes et de la conduite à tenir, de profondes différences suivant que ces hémorragies intra-péritonéales sont *diffuses* ou sont *enkystées*.

Dans la forme *diffuse*, le sang liquide ou transformé en caillots est libre dans le ventre où l'on peut rencontrer quelquefois une véritable *inondation péritonéale*.

Dans la forme *enkystée*, au contraire, le sang, rarement liquide, presque toujours amassé en caillots noirs et épais, est enfermé dans une cavité artificielle, séquestré par des fausses membranes, en un point qui se trouve presque toujours être le cul-de-sac de Douglas, et isolé de la grande cavité péritonéale par une barrière d'adhérences souvent très solides.

C'est cette deuxième forme, à laquelle son enkystement imprime une symptomatologie toute spéciale, et qui présente,