

à l'endroit où il est arrivé. Il peut se faire encore que ce soient des cas, dans lesquels la *rupture secondaire* de la poche fœtale, formée aux dépens du ligament large, a converti en grossesse intra-péritonéale une gestation ectopique, qui s'était primitivement développée en dehors de cette cavité. La première de ces éventualités est certainement de beaucoup la plus fréquente et ceci m'a été prouvé jusqu'à l'évidence par les opérations que j'ai pratiquées; car j'ai vu la trompe rompue quelques jours après la catastrophe, contenant encore la plus grande partie du placenta, tandis que les villosités de la por-



Fig. 61. — c) Villosités placentaires, attachées à la paroi musculaire de la trompe de Fallope et ayant amené son amincissement; b) Sinaus de sang maternel. (Dessin exécuté par R. TSCHELMANN, d'après une coupe faite par BERRY Hart.)

tion expulsée avaient déjà commencé à pousser des prolongements sur l'intestin, la vessie, le fond de l'utérus et sur les plis de l'épiploon. Je détachai ces villosités de leur lieu d'insertion et plusieurs entraînent avec elles des légers fragments de leur lit, en laissant derrière elles des cavités saignantes.

Barry Hart a donné la meilleure preuve de cette éventualité, en réussissant à injecter un placenta qui avait été ex-

pulsé de la trompe rupturée et qui avait contracté ces étranges et exceptionnelles adhérences. Je donne ici la reproduction d'une de ses préparations qui font voir si nettement le processus.

En me basant sur la situation et sur les rapports de l'extrémité libre de la trompe, je suppose qu'une grossesse tubo-ovarienne ou développée dans le pavillon même, devra nécessairement et toujours se terminer par une rupture dans la cavité péritonéale. Je crois que cette dernière s'effectuera à la même époque que pour la gestation ectopique tubaire ordinaire, c'est-à-dire dans le cours de la treizième ou de la quatorzième semaine. Néanmoins je ne vois cliniquement aucun avantage à multiplier encore davantage le nombre des subdivisions des grossesses tubaires.

Grossesse tubaire. — Quelles que soient d'ailleurs les différentes opinions sur ce sujet, un fait est actuellement certain: c'est que de beaucoup le plus grand nombre des cas de gestation ectopique sont d'origine tubaire. Pour ma part, je crois qu'ils le sont tous et c'est en cette assertion que consiste la nouveauté de mes idées sur ce sujet.

Je n'ai même aucune difficulté à croire qu'une grossesse primitivement tubaire peut être, après la rupture, complètement expulsée par la trompe, celle-ci se rétracter et se cicatrifier, tandis que la grossesse se développera et suivra son cours dans la cavité péritonéale (*Dezeimeris*). Un cas de ce genre est l'observation remarquable de *Matichi* (1), où l'utérus et les annexes étaient intacts et où le lieu d'insertion du placenta était presque uniquement épiploïque.

Ayant vu moi-même toutes les différentes étapes que doit parcourir un cas semblable, je suis certain de sa possibilité et la grande rareté d'observations identiques (celle que je rapporte ici est je crois unique) indique seulement combien

(1) *Monatschrift für Geburtshülfe*, Mai 1880.

la réunion des différentes conditions exigées est exceptionnelle.

Je ne trouve ici rien de plus extraordinaire que le fait, actuellement bien établi, qu'une tumeur ovarienne peut à la suite d'une torsion et de l'étranglement de son pédicule devenir libre dans la cavité péritonéale et se développer parfaitement aux dépens de l'épiploon ou comme je l'ai vu, aux dépens du côlon ascendant; j'ai eu l'occasion d'observer cette étrange transplantation à toutes les phases et à tous les moments de son développement.

Une observation bien intéressante, rapportée par *Lecluyse* (1) nous démontre encore que cette hypothèse est très admissible; une grossesse intra-utérine normale devint abdominale par la sortie de l'ovule fécondé à travers un pertuis resté dans l'utérus à la suite d'une réunion incomplète de l'incision, nécessitée par une opération césarienne. Le placenta devint adhérent uniquement à l'intestin grêle, et l'observation ne fait pas mention d'une rupture subite. Pour ma part, d'après les faits exposés, je croirais plutôt que le trajet fistuleux a été lentement et graduellement dilaté pendant les premières semaines de la grossesse, avant que le placenta soit devenu une masse bien nette; puis, après que l'œuf eût passé graduellement à travers l'ouverture, le placenta envoya des ramifications épiphytiques sur le premier organe qui se trouva en contact avec lui.

Fréquence relative de la grossesse tubaire. — En discutant les statistiques de gestation ectopique, *Parry* nous dit, avec beaucoup de raison, qu'à l'aide de nos moyens actuels d'investigation pour arriver à assurer le siège exact de l'œuf, « nous ne pouvons, à de rares exceptions près, affirmer que l'ovule s'est développé dans telle ou telle portion du conduit génital, à moins que nous ayons l'occasion de faire un examen *post mortem* ». Je suis absolument d'accord avec lui sur

(1) *Bulletin de l'Académie de Belgique*, 1860.

ce point, et me bornerai à ajouter que nous pouvons aussi établir exactement la position de la grossesse ectopique au cours d'une laparotomie. Jusqu'à présent j'ai eu à faire, directement ou indirectement, l'autopsie de 26 femmes, mortes d'hémorragie dans le péritoine (hématocele intra-péritonéale), à la suite de la rupture de gestation ectopique. J'ai eu à opérer 40 fois pour la même raison, et j'ai assisté à 10 opérations semblables, faites par d'autres chirurgiens, ce qui fait porter mon expérience personnelle sur 76 cas. Dans tous ces cas le siège de la grossesse était, sans aucun doute possible, la trompe de Fallope, et dans un seul, elle siégeait dans la partie de la trompe pourvue encore de tissu utérin. La grossesse ectopique *interstitielle* doit donc être très rare, et la variété siégeant dans la partie libre de la trompe est de beaucoup la forme la plus fréquente et la plus importante; quant aux autres formes, j'ai encore à les rencontrer. — Tous les cas que j'ai observés, dans lesquels la grossesse a pu suivre son cours au-delà de la période de rupture primaire, siégeaient dans l'épaisseur du ligament large, où ils avaient été expulsés au moment de cette rupture.

Ces faits observés *de visu* sont tellement incompatibles avec les statistiques laborieuses (et je crois inutiles) de *Parry*, que d'autres recherches doivent encore être faites avant de pouvoir formuler des conclusions fermes sur ce sujet. Je ne vois pas comment ces statistiques de *Parry* pourraient être de quelque valeur, car elles sont le plus souvent collectionnées d'après des procès-verbaux incomplets, dressés par des hommes qui n'étaient pas habitués et rompus aux recherches pathologiques. *Parry* nous dit « qu'il est très rare que l'on ait l'occasion d'examiner une poche fœtale avec sa rupture, dans les premières phases de son développement ». Je doute fort qu'un cas pareil se soit jamais présenté. A coup sûr, les exemples, qu'il cite, ne supportent pas la critique. En effet, le meilleur de sa série, le cas de *Stanley*, n'est justement pas

accepté par *Parry*, qui fait ressortir le fait qu'aucun embryon n'a été trouvé.

Mon opinion est qu'il n'existe aucune description authentique de grossesse tubaire avant le moment de sa rupture. Quant à la fréquence des ruptures la littérature médicale courante abonde en exemples. Il existe bien peu d'hommes expérimentés, qui n'aient dans l'esprit un ou deux exemples de cette terrible catastrophe, survenus dans le cours de leur pratique. *Parry* dit « que l'opinion presque générale des praticiens est que cet accident est constamment fatal et que, s'il ne l'est pas, nous ne possédons aucuns moyens pour combattre ses dangers ».

Difficultés du diagnostic avant la rupture primaire. — On a beaucoup discuté pendant ces dernières années, la possibilité de diagnostiquer la grossesse tubaire avant le moment de la rupture et de bien étranges assertions ont été émises, touchant des cas de grossesse tubaire diagnostiqués et traités avec plein succès. Je suis excessivement sceptique à cet égard et un seul fait justifiera, je pense, mon attitude. C'est le suivant : dans tous les cas que j'ai opérés, et dans plusieurs où j'ai assisté à l'examen *post-mortem* et connu l'histoire de la malade, les femmes ne se sont jamais plaintes jusqu'au moment où les symptômes alarmants de la rupture sont subitement survenus. Je n'ai jamais vu qu'un seul cas avant la rupture ; j'ai diagnostiqué assez facilement une occlusion et distension de la trompe, mais la possibilité d'une grossesse chez cette malade ne vint à l'esprit d'aucun de ceux qui l'examinèrent, pour des raisons qui seront bien comprises en lisant l'observation complète (1). Je n'en reproduis ici qu'un extrait.

La femme vint me voir il y a quelques semaines, comme consultante de polyclinique, pour des douleurs pelviennes assez obscurés, datant de plusieurs mois, symptômes habituels

(1) *The British gynecological Journal*. Part. XIII, page 38.

d'une affection tubaire. Elle fut examinée et j'arrivai à la conclusion que c'était un cas de salpingite gonorrhéique ; les symptômes en étaient si précis que je me servis de cette occasion pour démontrer à mon élève, le D^r *Ricketts*, la nature des symptômes de cette affection. Ceci se passait un lundi. Le jeudi la malade nous revenait avec les symptômes les plus aigus ; elle était courbée en deux et pouvait à peine marcher. Après avoir constaté que tous les organes pelviens étaient fixés dans une masse uniforme, elle fut admise de suite. Le lendemain j'ouvris l'abdomen et je trouvai une grossesse tubaire rompue, dont la présence n'avait pas même été suspectée.

Personne, à mon avis, n'aurait fait le diagnostic avant l'accident, car la femme n'avait pas cessé d'avoir régulièrement ses règles.

Le fait est que les idées émises par *Antoine Petit* en 1710, remplissent encore les cerveaux professionnels ; elles passent d'un traité au suivant avec une exacte régularité. *Parry* dit à propos de ces affirmations : « Si elles se trouvaient être vérifiées, le diagnostic de la grossesse ectopique serait une tâche bien facile ; mais, bien malheureusement pour la réputation du chirurgien accoucheur, presque aucune d'entre elles ne contient un atome de vérité ; et de plus il est certain, quoique étrange, que les idées de *Petit* nous influencent et arrêtent tout progrès de nos connaissances sur ce sujet depuis plus d'un demi-siècle ». Il aurait pu dire depuis un siècle et trois quarts.

Le point curieux est que la plus grande partie de ces malades ne soupçonnent pas du tout qu'elles sont enceintes et par conséquent le principal facteur d'un diagnostic exact manquait. Lors même que la grossesse est connue, il n'existe généralement rien d'anormal dans l'état de la malade jusqu'au moment du danger.

Parry décrit cette circonstance en excellents termes : « La

femme, dit-il, suppose bien elle-même être enceinte, mais durant les premières 4, 5 ou 8 semaines rien de particulier ne vient l'avertir de sa condition anormale. Les signes ordinaires de cette première période de grossesse apparaissent successivement, ou même la malade peut se trouver en meilleur état de santé que pendant la période correspondante de ses précédentes grossesses, lorsque subitement et sans aucun avertissement l'infortunée victime est frappée des symptômes bien caractéristiques de ce terrible accident ». Mais il est un fait authentique sur lequel j'ai attiré l'attention, c'est qu'une très large proportion de ces victimes, la grande majorité d'après ma propre expérience, sont des femmes qui, ou bien n'ont jamais été mères, ou n'ont pas été enceintes depuis plusieurs années; ceci nous montre avant tout combien l'interrogatoire d'une malade peut nous induire en erreur. La dernière chose que ces femmes puissent admettre, c'est certainement qu'elles soient enceintes.

État de la menstruation pendant la grossesse extra-utérine.

— *Petit* dit avec raison pour un grand nombre de cas, mais non toujours, que « les règles, contrairement à ce qui est observé pendant la grossesse normale, continuent à apparaître, quoique en moins grande abondance durant la gestation ectopique ».

La menstruation est quelquefois interrompue absolument, comme pendant la grossesse anormale, plus fréquemment elle devient irrégulière et profuse, de sorte qu'ici encore nous pouvons être induits en erreur.

En somme l'interrogatoire des malades est plus souvent une source d'erreur qu'un aide pour le diagnostic. A moins qu'il n'arrive quelque incident exceptionnel, ou que la malade ne soit prise d'inquiétude sur l'état de ses organes pelviens et surtout qu'elle soit moins récalcitrante à l'examen gynécologique que ne le sont ordinairement les femmes anglaises, le diagnostic avant la période de rupture est impossible, car

les malades ne viennent pas réclamer nos soins. Il en est peut-être autrement dans d'autres pays.

Je ne puis que confirmer les paroles de *Parry* sur cette question scabreuse du diagnostic précoce de la grossesse tubaire et par conséquent je continue à le citer. « Une grossesse extra-utérine débute fréquemment assez tranquillement et pendant les premières quatre à six semaines tout peut bien aller; après cette période surviennent des symptômes, qui par leur violence sont aussi dissemblables de ceux d'une grossesse utérine, que la surface d'une mer agitée diffère d'un calme plat. Les premiers suivent une marche régulière, les troubles occasionnés par la nouvelle condition de l'organisme apparaissent dans un certain ordre déterminé, tandis que dans le second cas il n'existe aucun plan et la marche déroute toute prévision ».

D'après mon expérience la rupture se produit entre la quatrième et la douzième semaine de la grossesse.

Je possède et j'ai souvent montré la préparation d'une grossesse tubaire rompue, provenant d'une femme âgée de 31 ans, dont la mort survint sept heures et demie après le début des premiers symptômes. La malade a été soignée par le *D^r Guthrie Rankin*, de Warwick, et par le *D^r Thursfield*, de Leamington; voici d'ailleurs l'histoire de ce cas :

« Le 2 novembre 1887 à 4 h. 1/2 après-midi Mme.... était saisie de douleurs violentes dans l'abdomen, suivies de vomissements et de faiblesse. Le *D^r Guthrie Rankin* fut appelé et prescrivit une préparation opiacée, mais il survint du collapsus et la mort à 9 heures du soir. La malade avait été vue au moment de la mort par le *D^r Thursfield*, appelé en consultation. Elle était mère de trois enfants, nourrissait le plus jeune, âgé de 7 mois, de bonne constitution et elle ne mentionnait aucune maladie antérieure. A l'autopsie, on trouva l'abdomen rempli de caillots sanguins, dont la quantité totale fut estimée à 2000 ou 2400 grammes. La trompe gauche présentait une tumeur ovoïde, déchirée et remplie de caillots, et qui à l'examen attentif se trouva être une grossesse tubaire. »

Une curiosité de cette préparation est que l'ovule rompu,

situé dans la trompe, tel qu'il est placé dans le bocal, ressemble exactement à un ovaire et quiconque le voit s'écrie de suite : « cas de grossesse ovarienne rompue ». Mais un examen plus attentif démontre de suite l'erreur et ce que l'on prend de prime abord pour un ovaire n'est réellement que l'ovule, situé encore dans la trompe de Fallope. La déchirure qui causa la mort n'est pas plus large qu'un pois. Je tiens à mentionner ces faits, afin surtout de montrer avec quels soins minutieux les constatations et les rapports sur des cas semblables doivent être pratiqués.

Rupture primaire. — Je n'ai vu, soit dans [ma pratique, soit dans les musées, aucun cas de grossesse tubaire rupturée (rupture primaire bien entendu) ayant dépassé la douzième semaine.

Naturellement que je ne parle pas des cas, dans lesquels la grossesse a passé dans le ligament large après rupture de la trompe, mais seulement de ceux qui après la déchirure, le plus souvent fatale, exigent une opération pour arrêter l'hémorragie.

Mécanisme et symptômes de la rupture primaire. — La cause principale de la rupture primaire de la trompe est l'amincissement de sa paroi au point d'insertion du placenta. Qu'elles soient distendues par le développement d'une grossesse, ou par toute autre cause, les parois de la trompe ne s'hypertrophient jamais; il est certain qu'elles ne se comportent pas comme les parois musculaires de l'utérus, renfermant un ovule fécondé. Les villosités placentaires envahissent les parois, semblent même les pénétrer dans toute leur épaisseur et les vaisseaux sanguins, particulièrement les veines augmentent considérablement de volume. Au moment où la malade fait un léger effort, où par exemple elle se baisse pour quelque travail de ménage, survient une violente crise de douleurs pelviennes; la malade se sent défaillir, devient froide, sans pouls, très anémiée et elle meurt presque fatale-

ment si on ne lui porte secours. Telle est l'histoire d'un grand nombre de ces cas; et parmi ceux pour lesquels j'ai assisté aux constatations *post-mortem*, le plus souvent les femmes avaient été trouvées mortes ou mourantes et plusieurs fois s'étaient élevées des soupçons de crime ou d'empoisonnement.

D'autres fois les symptômes peuvent s'amender et la malade se rétablit pour quelques jours, mais il survient bientôt une récurrence de l'hémorragie péritonéale, qui fait réapparaître les symptômes graves. Cet accident peut se reproduire plusieurs fois, à intervalles plus ou moins éloignés, avant d'aboutir à la terminaison fatale.

Je vais citer un exemple frappant de cette dernière variété. C'est après l'avoir observé que je me suis décidé à agir dans ces circonstances par une rapide intervention chirurgicale; ce cas fit époque, car il a révolutionné notre pratique vis-à-vis de ces terribles accidents.

Pendant l'été de 1881 je fus appelé par M. *Hallwright* pour voir, en consultation avec lui, une malade arrivée de Londres dans un état très grave; le diagnostic posé par M. *Hallwright* était celui d'hémorragie intra-péritonéale, due à une grossesse tubaire rompue. La malade était très pâle, dans le collapsus; l'utérus était immobilisé dans le bassin par une masse molle et il était clair qu'il existait un épanchement abondant dans le péritoine, quoique aucune tumeur ne pût être perçue au-dessous du détroit supérieur; j'étais d'accord avec M. *Hallwright* sur la nature de la lésion. Il me fit la proposition hardie d'ouvrir l'abdomen et d'enlever la trompe rompue. J'hésitai, et je suis honteux d'avoir à dire que je ne reçus pas ces avances favorablement. Je revis la malade en consultation avec M. *Hallwright* et le Dr *James Johnson*, et, de nouveau, je refusai d'intervenir comme le demandait M. *Hallwright*. Une nouvelle hémorragie enleva la malade.

L'autopsie confirma notre diagnostic. J'inspectai avec beaucoup de soins la pièce, et il me parut que si j'avais lié le ligament large et enlevé la trompe siège de la rupture j'aurais complètement arrêté l'hémorragie; aujourd'hui je crois fermement que, si je l'eusse fait, la vie de la malade eût été sauvée.

Les particularités de ce cas sont exactement représentées