

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'amaigrissement 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

par les figures suivantes, empruntées à une observation de *Duguet* (1).



FIG. 62. — A. Utérus ouvert sur la paroi antérieure. B. Portion de la caduque encore adhérente à la corne utérine droite; C. Caduque presque entière, expulsée avant la mort. D. Trompe et ovaires droits, normaux. E. E. Les bords de l'ouverture artificielle dans la trompe gauche. F. Cordon ombilical. G. Placenta; H. Pavillon de la trompe gauche. I. Plexus vasculaires, se rompant sur l'enveloppe tubaire du kyste, qui donne lieu à l'hémorrhagie au moment de la rupture. J. Vagin.

Comme contraste frappant je vais citer un autre cas dans lequel, grâce à l'habileté et à la fermeté du *D^r Dolan*, de Halifax, j'ai été à même de sauver la vie de la malade :

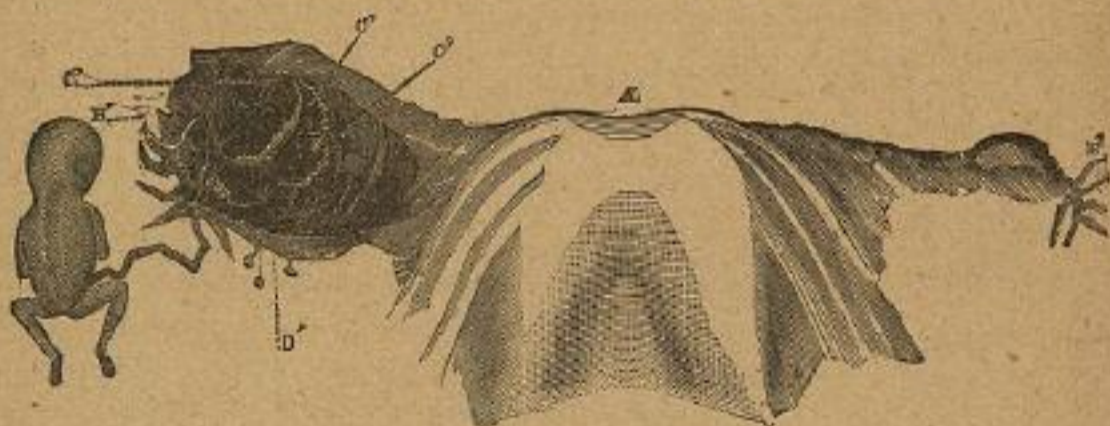


FIG. 63. — A. Paroi postérieure de l'utérus; B. Extrémité frangée de la trompe gauche. C. C. C. Déchirures dans l'enveloppe tubaire du kyste, correspondant au point d'insertion du placenta, par lesquelles le fœtus s'échappa et d'où provient l'hémorrhagie. D. Ovaire attaché à la surface inférieure de la poche et augmenté le volume. E. Trompe droite.

Dans la soirée du 16 février je recevais un télégramme du *D^r Dolan*, de Halifax, m'invitant à me rendre de suite dans cette dernière ville afin d'opérer un cas, qu'il croyait être une grossesse tubaire rompue. Voici d'ailleurs les renseignements donnés par *M. Dolan* :

(1) *DUGUET, Annales de Gynécologie, 1874.*

P. W. âgée de 29 ans, mariée, quatre enfants vivants, dont le plus jeune est âgé de deux ans, a eu une fausse couche il y a neuf mois, depuis lors réglée régulièrement, sauf la dernière époque, qui a fait défaut.

Depuis quelques semaines elle se sent mal à l'aise, elle se sent un poids du côté gauche de l'abdomen et il lui semble que la matrice descend à la vulve; néanmoins elle reste en bonne santé. Le 11 février, à 9 h. 30 du matin, j'étais appelé pour la voir et je la trouvai en collapsus. Elle revint à elle et se plaignit alors de douleurs dans l'abdomen; symptômes de coliques, de vomissements, distension de l'abdomen, grande quantité de flatus. Le même état continua pendant quelques heures, puis s'atténua par l'administration d'éther et de champagne. Elle eut encore quelques attaques dans la journée et je la vis en tout 7 fois. A 10 heures du soir elle réclama quelque chose pour dormir et je lui prescrivis une potion de chloral, de bromure de potassium et d'eau camphrée. Elle dormit toute la nuit. Une garde avait été appelée près d'elle, dès la première attaque. Le matin du 12 février elle était, en apparence, parfaitement bien; elle ne souffrait pas et disait qu'elle se sentait aussi bien que s'il ne lui était rien survenu de particulier. Néanmoins l'abdomen restait distendu et la femme était très incommodée par les vents.

Elle me raconta alors, que le mardi soir elle s'était couchée en parfait état de santé. Le matin en se levant, à 7 heures, elle ressentit une douleur subite au niveau de l'ombilic. Elle essaya de travailler, mais elle dut y renoncer. J'avertis le mari que je craignais une hémorrhagie interne, causée par une rupture de la trompe, mais comme l'état actuel était satisfaisant, je voulais attendre et voir si la suite me donnerait raison. Elle garda le lit et fut surveillée par la garde, et je lui défendis de faire de grands mouvements ou de s'asseoir sur son lit. Ce traitement fut continué jusqu'au jeudi suivant. Il ne survint pas de nouvelles douleurs, ni de collapsus et la malade ne comprenait pas pourquoi elle devait garder le lit. A minuit, je fus appelé en toute hâte chez elle. Elle s'était levée pour un instant et les mêmes symptômes étaient survenus, faiblesse, sentiment de défaillance, sueurs froides et sensation de plénitude dans l'abdomen. Son aspect aussi avait changé, sa face était pâle, le ventre était distendu, mais il n'existait aucune tumeur nettement localisée et distincte. Elle se remit par le repos.

Néanmoins j'avertis de suite le mari que j'étais actuellement certain de la cause de son accident et que je jugeais une opération nécessaire. Il me donna la permission d'appeler *M. Lawson Tait*, auquel je télégraphiai aussi vite que possible.

A mon arrivée j'acceptai complètement le diagnostic posé par le *D^r Dolan*, j'ouvris le ventre sans délai et j'enlevai une énorme quantité de caillots, de sérum sanguin et de débris. La grossesse tubaire était du côté gauche. Je liai le ligament large, j'enlevai la poche, puis je lavai le

péritoine entièrement et y laissai à demeure un tube à drainage. Le Dr *Dolan* passa toute la nuit près de la malade, en la restaurant de temps en temps avec du champagne léger. Elle se remit graduellement; il y eut très peu d'écoulement par le drain, très peu de douleur, le pouls devenait meilleur de jour en jour, de sorte que, le 25 février, elle pouvait être regardée comme convalescente. Elle est actuellement en parfaite santé.

Quel contraste entre ces deux cas! Mais, afin de rendre la leçon plus démonstrative, qu'il me soit permis de citer encore ici les pages suivantes du livre de *Parry* (p. 211-213).

« En considérant les résultats de cette malheureuse terminaison de la grossesse extra-utérine, nous avons vu que fort peu de malades y survivent, et que l'espoir d'une issue heureuse doit surtout être abandonné en considérant l'impuissance du traitement actuel. Malgré l'assertion contradictoire de *Rogers*, il n'est pas douteux que quelques femmes aient survécu à ce terrible accident, mais le nombre en est très restreint, si restreint, que lorsque nous sommes appelés pour un cas semblable il est de notre devoir d'envisager la malade comme vouée inévitablement à la mort, à moins que par quelque intervention active nous puissions l'écarter de la tombe, déjà ouverte devant elle ».

« Un vaisseau qui saigne et, par lequel la vie est en danger immédiat, peut être lié. Un membre gangréné, qui empoisonne l'organisme tout entier, peut être amputé. Un sein cancéreux, qui heure par heure détruit la santé, la vitalité de la malade, peut être extirpé et procurer une guérison temporaire ou définitive. Un anévrysme, qui menace constamment l'existence du malade, peut être le plus souvent guéri par la ligature à proximité ou à distance ».

« L'action tumultueuse d'un cœur malade peut être calmée jusqu'à ce que la nature vienne à son aide et rétablisse l'équilibre dans l'organisme, après quoi la malade peut encore jouir d'une existence longue et utile ».

« La phtisie même compte actuellement de nombreuses

guérisons. Mais ici nous nous trouvons en face d'un accident qui peut frapper toute femme dans la période la plus utile de son existence, que de grandes autorités déclarent incurable et contre lequel même à une époque où la science et l'art médical ont atteint de grands perfectionnements, aucun traitement, soit médical, soit chirurgical n'a été tenté avec succès ».

« Depuis le milieu du XI^e siècle où *Albucasis* a décrit le premier cas connu de grossesse extra-utérine, bien des médecins ont observé combien la terminaison fatale était rapide, à mesure que le torrent de sang se répandait dans la cavité abdominale, et jamais on n'a tenté de leur porter secours. »

« Ce fait est certainement unique dans toute l'histoire des accidents qui peuvent frapper l'existence humaine, si bien qu'il semble incroyable. Lorsqu'une malade sera sauvée dans ces conditions par une intervention prompte et active, on pourra annoncer triomphalement que ce sera le premier et le seul exemple de cette espèce qui aura jamais été relaté. Dans le domaine entier de la chirurgie (car nous ne pouvons supposer une intervention d'une autre espèce dans ces conditions), il n'existe pas de but plus élevé à atteindre. En effet, s'il est un accident quelconque, dont la terminaison soit certainement fatale, c'est bien celui-ci. Combien de fois ne voyons-nous pas guérir des malades, auxquels les chirurgiens ont prédit la mort s'ils ne se soumettaient pas à quelque grave et terrible opération. Le malade refuse obstinément l'opération, préférant périr que subir une mutilation aussi grave. Avec un instinct particulier, il prévoit un résultat favorable, malgré le sombre pronostic des chirurgiens et il semble défier toutes les lois qui régissent les événements humains. Mais vis-à-vis de la rupture d'une poche fœtale extra-utérine, dans les premiers stades de développement de la grossesse, toute une vie d'homme, tout un siècle ne suffisent pas pour faire deux fois une erreur sur le pronostic de cet accident. La seule in-

intervention qui puisse être proposée pour sauver une femme dans ces circonstances malheureuses est évidemment la *laparotomie*. Ouvrir l'abdomen, lier les vaisseaux qui saignent et enlever la poche toute entière, telle doit être l'indication opératoire ».

« La proposition de recourir à l'incision abdominale pour sauver une femme dans ces conditions a été faite pour la première fois, croyons-nous, par notre compatriote le Dr *Harbert*; mais c'est à *Rogers* que revient l'honneur d'avoir formulé les arguments en faveur de cette intervention. Depuis, le même mode de traitement a été préconisé par *Meadows*, *Hewitt* et *Greenhalgh* dans une discussion devant la Société obstétricale de Londres. *Kæberlé*, *Béhier*, *Schraeder* et *Atlee* recommandent aussi ce procédé, mais personne n'a encore fait de laparotomie dans le but de remédier à cet accident. *Le grand obstacle à l'adoption de ce traitement est l'incertitude du diagnostic* ».

Avantages de l'incision exploratrice. — J'attire l'attention sur l'importance de cette dernière phrase, répétée par presque tous les auteurs qui se sont occupés de chirurgie abdominale jusqu'en 1878; reproduite depuis cette époque comme un axiome par des écrivains de plus en plus nombreux, cette sentence se met en travers de nos succès.

J'ai crié depuis à tous les vents que lorsque je trouve une malade en danger de mort par le fait de conditions intra-abdominales, qui manifestement ne sont pas de nature maligne, mais dont le diagnostic exact est impossible, *j'ouvre le ventre et par là même j'assure le diagnostic et rends possible un traitement rationnel*.

Telle est la règle que j'ai établie en 1878. J'ajoute que dans un autre but je procède encore de même lorsque les conditions sont telles, qu'elles rendent la vie de ma malade misérable par le fait de souffrances continuelles, qui n'ont pas pu et ne peuvent pas être écartées par tous les autres moyens em-

ployés antérieurement. De l'application de ces principes est résulté un progrès énorme en chirurgie abdominale, obtenu seulement après une lutte ardente contre l'autorité des anciens, qui assuraient que l'abdomen ne pouvait être soumis aux règles chirurgicales ordinaires.

Le principe de l'incision exploratrice n'est pas nouveau, mais dans la pratique on l'oublie parfois. Je vis un jour un chirurgien, qui est actuellement baronnet et pensionné, enlever un sein qui contenait une tumeur. Après avoir extirpé toute la glande, il l'incisa et il s'en écoula un flot de pus, « *de pus louable* ». Il avait fait son exploration une fois le traitement terminé. S'il l'avait pratiquée avant l'opération, son diagnostic eût été complété, sa bévue évitée, et son traitement radical et exagéré n'eût pas été nécessaire. J'ai vu aussi amputer une cuisse pour un séquestre communiquant avec l'articulation du genou; l'exploration préalable eût certainement montré qu'il pouvait être enlevé sans amputation et le membre eût été sauvé.

Nous pourrions citer bien d'autres exemples, qui démontreraient qu'un diagnostic exact ne peut, dans certains cas, pas davantage être obtenu pour le sein que pour l'abdomen, que l'exploration est un agent précieux, du moment qu'il existe un doute dans le diagnostic et enfin que bien des bévues grossières eussent été évitées si cette pratique était étendue à la chirurgie générale. Une certitude absolue dans le diagnostic des affections abdominales est bien loin d'être possible; l'ignorant seul le suppose et le fou seul reste à l'attendre.

Intervention au moment de la rupture primaire. — Après la terrible leçon qui me fut donnée par le cas de M. *Haltwright*, je ne rencontrais pas d'autre cas de grossesse tubaire rompue ou soupçonné comme tel, jusqu'au jour où je fus appelé à Wolverhampton par M. *Spackman* le 17 janvier 1883. Il ne pouvait exister aucun doute sur la nature de ce cas et M. *Spackman* avait posé son diagnostic avant de me faire

appeler. La malade se mourait d'hémorrhagie, et je procédai de suite à l'incision abdominale. Le fœtus, âgé environ d'une douzaine de semaines, était couché parmi les caillots et les anses intestinales, avec lesquelles le placenta, en partie expulsé, avait contracté des adhérences récentes. Je les détachai avec soin, mais je provoquai ainsi une hémorrhagie profuse. J'eus beaucoup de temps à essayer d'arrêter cette hémorrhagie, de sorte que, lorsque l'opération fut terminée, ma malade était à peu près morte. Tout ce que je puis dire c'est qu'elle respirait encore lorsque nous la couchâmes dans son lit.

Ce cas me donna beaucoup à réfléchir, car ce fut un amer désappointement; j'avais espéré obtenir un grand triomphe et j'avais tout simplement un échec. J'arrivai bientôt à la conclusion que j'avais commis une erreur de technique, que la vraie méthode d'opérer dans ces cas était de détacher rapidement les adhérences *sans s'inquiéter du sang*, d'arriver de suite et rapidement sur la véritable source de l'hémorrhagie, le *ligament large*, de le lier à sa base, puis d'enlever ensuite à loisir les débris de l'œuf et les caillots.

Actuellement j'ai procédé ainsi dans 39 cas et je n'ai eu qu'un seul insuccès; je crois donc pouvoir dire sans crainte, que j'ai réalisé ainsi un véritable triomphe chirurgical. Mon exemple a été largement suivi, et le succès a été presque général.

Ainsi que je l'ai déjà dit, le diagnostic de la grossesse tubaire avant la rupture de la poche n'est pas *facile*, parce que les malades ne viennent pas réclamer nos soins à ce moment. Lorsque des symptômes existent, comme dans l'unique cas où j'eus la chance de faire ce diagnostic, ce sont simplement ceux de l'occlusion et de la distension de la trompe, affection très facile à diagnostiquer et à traiter.

Si jamais j'arrivais à faire un jour le diagnostic de grossesse tubaire avant la période de rupture primaire, je l'enlève-

rais immédiatement par la laparotomie. Ce procédé me paraît beaucoup plus sûr et plus radical que les méthodes fantaisistes qui consistent dans la *ponction* du kyste, avec injections de liquides toxiques, ou dans l'*application de courants électriques quelconques*.

Ainsi que l'on peut s'en assurer par les comptes rendus de ceux qui ont appliqué ces méthodes, elles sont infidèles et ne donnent pas de succès radical; elles conviennent seulement à ceux qui, manquant du courage et de l'habileté nécessaires pour obtenir de bons résultats en chirurgie abdominale, n'ont jamais eu à en publier que de défavorables.

Diagnostic et symptômes de la grossesse ectopique au moment de la rupture. — Au moment de la rupture, le diagnostic de la grossesse tubaire peut être fait *avec certitude* sept fois sur huit, et il peut encore être soupçonné dans le huitième cas. Les symptômes en sont trop sérieux pour être méconnus; en pratique ils sont identiques à ceux de l'hématocele pelvienne. Si la rupture s'effectue du côté du ligament large, ce sont les symptômes de l'hématocele extra-péritonéale. Mais lorsque la rupture se produit du côté de la cavité abdominale, nous voyons apparaître les symptômes très caractéristiques et très graves de l'hématocele intra-péritonéale.

Je ne crois pas pouvoir traiter en meilleure place la question si confuse de l'hématocele pelvienne, car je n'ai jamais rencontré une hématocele intra-péritonéale qui n'ait eu comme point de départ la rupture d'une grossesse tubaire,

HÉMATOCÈLE PELVIENNE.

L'hématocele extra-péritonéale (hémorrhagies dans le ligament large) reconnaît sans aucun doute souvent pour cause une grossesse tubaire, rompue entre les plis péritonéaux du ligament large. La différence entre ces deux variétés est d'importance capitale, car tandis que les ruptures dans le péri-