

mais on ne constata la rupture d'aucun viscére; dans le bassin on découvrit que la trompe gauche contenait un caillot du volume d'une amande. A l'ouverture de l'utérus on trouva sa cavité remplie de liquide muco-sanguinolent et une caduque. A environ 25 millimètres de l'utérus, la trompe au niveau de sa dilatation par le caillot présentait une déchirure, mais la poche était si comprimée et déformée par le caillot, qu'il était impossible de dire si elle contenait, oui ou non, un ovule. L'ovaire gauche avait le volume d'une pomme, il était rempli de sang et rompu.

Un autre cas, dû à *Tilt*, est cité par *Bernutz*.

Une multipare, âgée de 37 ans, était prise de douleurs lombaires, puis la région hypogastrique gauche devint sensible, des vomissements et du tympanisme se produisirent et la malade succomba en dix jours.

A l'autopsie on trouva une péritonite généralisée, un grand caillot sanguin remplissait la fosse iliaque gauche et la cavité pelvienne; l'utérus était en position normale et les annexes du côté droit étaient sains; la moitié gauche de l'utérus et les annexes du même côté étaient plus distendus qu'à droite; la trompe avait au milieu le volume d'une noix; une sonde introduite par l'extrémité frangée de la trompe arrivait dans une cavité au centre du caillot, qui dilatait cette portion médiane du canal.

Un autre cas, de *Bernutz*, a la même signification.

« A l'autopsie on trouva tous les organes abdominaux sains, mais exsangues. Dans le bassin une grande quantité de sang liquide et coagulé. Après un examen soigneux des principaux troncs artériels et veineux sans découvrir quelque chose d'anormal, on examina l'utérus et ses annexes, et la source de l'hémorrhagie devint apparente dans une petite rupture de la trompe droite, située à environ 12 millimètres de son extrémité externe; le sang suintait par cette ouverture et il était évident qu'elle était le siège de l'hémorrhagie. La trompe elle-même était passablement augmentée de volume ».

Le Dr *Goodell* cite aussi un cas fatal, où la mort fut causée par une perte de plus de 8 livres de sang, écoulé par la trompe de Fallope, quoiqu'il n'y eût aucune apparence de grossesse tubaire.

Une autre observation de *Bernutz* (1) est extrêmement ins-

(1) Le volume anglais cite cette observation comme la 2^e du volume de *Bernutz*, p. 208. En collationnant avec le volume cité, nous trouvons que cette observation porte le n^o XI, page 446 et qu'elle est tirée de *SCANZONI, Hémorrhagies dans le canal des trompes*, p. 312. M. Lawson Tait nous a fait savoir depuis que les pages se rapportaient à la traduction anglaise de l'ouvrage de *Bernutz* et de *Goupil*.

tructive, car il s'agit d'un cas fatal par hémorrhagie de la trompe, chez une jeune femme de 22 ans, hémorrhagie causée en apparence par la rougeole. « A l'examen *post mortem* on trouva que l'hémorrhagie s'était produite par la trompe de Fallope gauche, qui était distendue au volume de l'index et contenait environ deux onces de sang, en partie liquide, en partie coagulé, et à travers l'orifice abdominal il s'était échappé environ 16 onces de sang dans la cavité pelvienne. Ces cas d'hématocele vraie se produisant pendant la rougeole, la scarlatine, la variole, prouvent que cet accident peut survenir dans le cours de chaque maladie fébrile grave ».

En dernier lieu, je désire encore citer un cas publié par le *London and Edinburgh monthly Journal* de 1841, car il établit d'une façon absolue qu'une hémorrhagie mortelle peut provenir de la trompe de Fallope et s'effectuer dans le péritoine dans des circonstances où l'éventualité de la rupture de la trompe par le développement d'un ovule peut être mise en dehors de la question. L'observation est accompagnée d'un dessin de la trompe.

« Une grande quantité de sang était répandue dans l'abdomen et dans le bassin, la plus grande partie était coagulée. A première vue, il était impossible de dire d'où provenait tout ce sang, mais en examinant les organes pelviens on trouva des *coagula* solides, s'échappant des orifices des trompes de Fallope. Celles-ci étaient elles-mêmes remplies de sang et distendues à peu près depuis leur origine utérine jusqu'à leur extrémité péritonéale. L'état des parties est très bien indiqué par le dessin qui accompagne cette observation, elle représente l'une des trompes et le caillot qui y est encore attaché; ce dernier a une apparence lobulée, produite par la constriction qu'il a supportée pendant son passage à travers la trompe. Même apparence pour l'autre trompe. La plus grande partie du sang trouvé dans le bassin s'échappa sans aucun doute des trompes, à l'état liquide, mais le caillot dont nous parlons s'était évidemment formé à l'intérieur du canal tubaire ».

Pronostic. — Quant au pronostic de ces cas, *Goupil* nous dit: « Il n'est que trop vrai, et je le crains, nous sommes autorisés à dire que tous ces cas d'hémorrhagie péritonéale, prove-

nant de grossesse extra-utérine, se terminent par la mort; en fait tous les cas que j'ai rassemblés ont été mortels. Généralement elle s'est produite en quelques heures ou en quelques jours, et quoique la mort ait été retardée une fois de 6 mois (dans le cas déjà mentionné), le fait est tout à fait exceptionnel ». Ceci répondait tout à fait à ma propre expérience, jusqu'à ce que je fusse poussé par le cas de M. *Hallwright* à ouvrir l'abdomen et à sauver la vie de mes malades.

Traitement. — D'après ce qui précède nous arrivons aux conclusions suivantes :

Dans la grande majorité des cas d'hématoécèle extra-péritonéale, même lorsqu'elle est due à une grossesse ectopique, l'affection peut être abandonnée à elle-même, car elle est rarement fatale; on doit seulement intervenir dans les cas qui arrivent à la suppuration ou lorsqu'il se produit une hémorrhagie grave.

L'hématoécèle intra-péritonéale au contraire étant, avec une certitude presque absolue, toujours mortelle, dès qu'elle sera suspectée on devra ouvrir l'abdomen et arrêter l'hémorrhagie. Dans l'immense majorité des cas, la source de l'hémorrhagie se trouvera dans le ligament large, et c'est à celui-ci que l'on devra s'adresser avec toute chance de succès.

Si l'on contestait cette dernière proposition je rappellerais simplement un principe de chirurgie générale, qui doit, il me semble, être constamment appliqué: « Pour combattre une hémorrhagie chirurgicale, il faut inciser et lier le vaisseau qui donne ». Si une grosse branche de l'artère fémorale était lésée, ceux de mes collègues qui s'occupent de chirurgie n'hésiteraient pas à intervenir et ils lieraient le vaisseau. Pourquoi le ligament de Poupart devrait-il être la ligne de démarcation que ne doivent pas franchir les grands principes de la chirurgie moderne? Pourquoi est-il permis à mon ami M. *Ryant* de faire sur l'artère iliaque *externe* ce qu'il m'est interdit de faire sur la branche iliaque *interne*? A la page 202 de l'ouvrage de

Bernutz et Goupil, nous trouvons une justification de notre principe exprimée ainsi. « Dans un cas pareil l'indication est positive, nous devons arrêter l'hémorrhagie. »

Une excellente contribution à l'étude de notre sujet a paru tout récemment, elle est due à la plume du professeur *Charles A. R. Read* de Cincinnati. Il confirme si complètement ma manière de voir, que je me permets de lui emprunter les lignes suivantes.

« Il est admis par M. *Lawson Tait* (1), dans les *Ingelby Lectures* de 1886, que c'est *Bernutz* (2) qui, en 1848, reconnut la relation existant entre la grossesse tubaire et l'hématoécèle et qui indiqua le traitement à établir, c'est-à-dire la laparotomie et la ligature. Je suis tout disposé à accepter cette revendication en faveur de *Bernutz* pour tout ce qui concerne la manière d'intervenir; mais je dois insister sur ce fait que les conditions essentielles des hémorrhagies intra-péritonéales par rupture d'une grossesse tubaire ont été reconnues et décrites dès 1814 par un des compatriotes de M. *Tait*, le Dr *John Burns*, de Glasgow (3). Il est vrai que *Burns* n'emploie pas le terme *hématoécèle*, qui n'a été inventé qu'un quart de siècle plus tard par *Nélaton*, et qui constitue un tel non-sens, qu'il eût été préférable qu'il ne fût pas inventé du tout ».

« Mais *Burns* nous dit que la poche peut se rompre et la malade mourir d'hémorrhagie. Il décrit nettement les changements successifs en disant qu'il peut survenir par irritation des symptômes inflammatoires et de la fièvre hectique. Il nous indique sa connaissance exacte de ces cas en nous annonçant que la terminaison la plus fréquente à la suite de cette inflammation est la formation d'un abcès. Enfin je ne vois pas de meilleure description de ce qui est actuellement connu sous le nom d'hématoécèle que celle de *Burns*, qui en

(1) *The Lancet*, 1886.

(2) *BERNUTZ ET GOUPIL, Maladies des femmes.*

(3) *JOHN BURNS, Principles of Midwifery. Philadelphia, 1887.*

parlant du contenu suppuré d'une grossesse tubaire rompue nous dit qu'il *peut être enfermé dans une espèce de poche de tissu conjonctif*. *Blundell* (1), qui écrivait en 1830, reconnaît le même accident et il nous dit qu'il ne doute aucunement « que beaucoup de femmes meurent de cette façon, mais les autopsies faisant défaut, la cause exacte de leur mort n'est jamais reconnue ». Il parle même de la possibilité de pratiquer une incision abdominale pour reconnaître l'hémorragie. Soumis sans doute à l'influence du conservatisme antique de *Guy's-Hospital* — conservatisme qui existe encore à l'heure actuelle dans cette institution — il abandonna son idée, ce qui permit à *Bernutz* de proposer à nouveau la même méthode opératoire trente ans plus tard, et enfin à *M. Lawson Tait* de la mettre à exécution après un intervalle d'environ soixante années ».

« Depuis *M. Blundell* jusqu'à *M. Tait* de nombreux auteurs se sont occupés de ces deux accidents, mais bien peu ont reconnu que l'hématoécèle intra-péritonéale était due à la grossesse tubaire. Dès que *Nélaton*, puis *Bernutz* et *Goupil* commencèrent à écrire sur l'hématoécèle, il semble que les spécialistes s'écartent de plus en plus de l'étiologie et de la pathologie, si bien décrites par *John Burns*, et les auteurs modernes arrivent à attribuer cet accident à toutes les causes, sauf à celle que je crois être la plus fréquente ».

« Il est heureux, néanmoins, que l'autre face de cette importante question n'ait pas été entièrement négligée. Depuis le moment où *Blundell* en 1830 et *Bernutz* en 1848, soupçonnant la nature de ces accidents, conseillèrent d'intervenir par la laparotomie afin de contrôler et d'arrêter l'hémorragie, il ne se trouva personne pour la mettre à exécution jusqu'à ce que *M. Lawson Tait* (2), en 1883, entreprit cette opération. Ce fut le début d'une ère nouvelle pour la compréhension exacte

(1) *Principles and Practice of Obstetrics*, p. 412, Washington, 1831.

(2) *Lancet*, 26 octobre 1886 et *Diseases of Ovaries* p. 348.

et pour la thérapeutique de ces accidents. Avant cette époque la mortalité était à peu près de cent pour cent; depuis lors, je n'ai pas entendu parler de la mort d'un seul cas, opéré d'après la méthode de *M. Tait*, sauf un seul exemple et celui-ci entre les mains de *M. Tait* lui-même. Les notions pathologiques sur lesquelles le traitement est basé, et qui ont surtout été révélées par l'intervention elle-même, ont été néanmoins plus généralement acceptées que le traitement lui-même. »

« *Schröder* (1), *Veit* (2) et *Kiwisch* (3) sont avec *Fritsch* (4) les principaux auteurs allemands qui pensent « que la source la plus fréquente de l'hémorragie est la rupture de la poche d'une grossesse extra-utérine ». Parmi les gynécologues, *Tait*, *Imlach*, *Berry Hart*, *Thomas* et *Emmet* sont parmi les adeptes les plus convaincus de cette doctrine; parmi les accoucheurs on peut citer *Lusk*, *Parvin*, *Barnes*, *Galabin* et *Playfair*. Il semble qu'en effet parmi ceux qui ont le plus étudié cette question, il existe à peu près unanimité pour admettre que la grossesse tubaire est la cause la plus commune de l'hématoécèle péritonéale, mais, ainsi que je l'ai dit, l'accord cesse dès qu'il s'agit du traitement. Nous ne comprenons pas bien pourquoi il existe une divergence d'opinion pareille sur cette intervention, du moment que l'accord est fait sur le point essentiel et fondamental; à moins que les idées des auteurs sur les modifications pathologiques que doit subir le sang extravasé soient très différentes. Pour ma part, je crois que ces modifications ont été décrites très fidèlement, sinon en détail, par *John Burns* dans les passages déjà mentionnés. »

« En se basant sur ces notions pathologiques, le devoir du chirurgien est, me semble-t-il, bien indiqué. Il doit être sim-

(1) *SCHRÖDER*, *Handbuch der Krankheiten der Weibl. Geschlechtsorgane*, 7^e édition. Leipzig, 1886.

(2) *Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie*, 1884.

(3) D'après *Lusk Midwifery*, p. 289.

(4) *FRITSCH*, *Diseases of Women*. New-York, 1883, p. 289.

plement l'application de cette loi générale de chirurgie, qui déjà formulée par Tait est la suivante : « Pour combattre l'hémorrhagie il faut rechercher et lier le vaisseau qui donne ; si une grosse branche de la fémorale saignait, mes collègues iraient à sa recherche et la lieraient. Pourquoi le ligament de Poupert doit-il former la ligne de démarcation, au-delà de laquelle ce grand principe ne doit pas être appliqué ». Bernutz et Goupil disent aussi : « Vis-à-vis de ces accidents l'indication est positive, nous devons arrêter l'hémorrhagie ». Je m'imagine que quiconque se fera une idée exacte de la situation, dans des cas semblables, ne pourra nier l'opportunité de cette proposition ; mais il me semble qu'il existe encore d'autres indications, en dehors de l'hémorrhagie, à une intervention chirurgicale ; la trompe lésée, le fœtus et le placenta réclament aussi l'attention du chirurgien. On peut dire des deux derniers que, même lorsqu'ils s'enkystent ou lorsqu'ils sont partiellement résorbés et que leur résidu reste sans danger, ils ne peuvent être considérés que comme des corps étrangers et sont, comme tels, une menace permanente pour la santé ou la vie de la malade. La trompe est naturellement détruite comme oviducte, et, si elle reste en place, ce ne sera que pour passer tôt ou tard à l'état d'hémato ou pyosalpinx, qui pourra comme tel exiger une extirpation ultérieure ».

Le professeur Read résume son travail par les conclusions suivantes :

1) L'hématoécèle intra-péritonéale est une accumulation de sang dans la cavité péritonéale.

2) La grossesse tubaire, qui est la forme la plus fréquente de la gestation extra-utérine, peut donner lieu au moment de la rupture à une effusion sanguine dans le péritoine.

3) Par suite de l'état fluide du sang extravasé, et du peu de

résistance des tissus voisins, l'hémorrhagie a tendance à se continuer indéfiniment.

4) La mort du fœtus est une cause fréquente de suppuration.

5) En devenant un corps étranger, le produit de la conception, même enkysté, reste une source constante de danger.

6) La trompe lésée et laissée en place ne peut pas servir à autre chose qu'à constituer une formation pathologique.

7) La laparotomie est donc indiquée dans le but : a) de reconnaître l'hémorrhagie ; — b) d'enlever les débris dangereux ; — c) d'enlever des annexes, devenues inutiles ; — d) de s'opposer à la septicémie.

Opérations pour grossesse tubaire. — Je désire terminer cette partie importante de mon travail en soumettant au lecteur la liste totale, et absolument authentique, des cas pour lesquels j'ai pratiqué cette opération jusqu'ici.

Le nombre total est de quarante-deux (1). Sur ce total je n'ai eu que deux morts. La première a été due à mon manque d'expérience sur le vrai principe de l'opération et pour la seconde la malade était déjà expirante au moment de l'intervention, l'opération ayant été retardée trop longtemps. Les résultats de cette liste montrent, que le pronostic de ce terrible accident devient absolument différent, lorsque l'on intervient à temps et selon les principes chirurgicaux, ou lorsque ces malades sont abandonnées à elles-mêmes. Parry nous dit en effet : « On doit reconnaître, après un examen approfondi du sujet, qu'une terminaison heureuse après la rupture de la poche est excessivement rare. Sur 149 cas, dans lesquels l'ovule s'était développé dans la portion de la trompe qui ne traverse plus les tissus de l'utérus, 145 furent mortels ».

(1) En comptant un cas extra-péritonéal, le nombre est de 43.