

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'hémato-cèle 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.

Liste complète des cas de grossesse tubaire, opérés au moment de la rupture primaire dans la cavité péritonéale.

No.	Résidence.	Médecin traitant.	Age.	Date.	G.	M.
1	Wolverhampton.	Dr Spackman.	41	17 janv. 1883	...	M.
2	Solihull.	Dr Page.	40	3 mars 1883	G.	...
3	Birmingham.	Dr Taylor.	37	10 avril 1884	G.	...
4	Birmingham.	Dr Wilson.	27	21 mai 1884	G.	...
5	Birmingham.	Dr Leech.	34	6 juin 1884	G.	...
6	Walsall.	Dr G. Sharpe.	28	23 juil. 1884	G.	...
7	Smethwick.	Dr Pitt.	31	29 oct. 1884	G.	...
8	Birmingham.	M. Farncombe.	30	28 nov. 1884	G.	...
9	Birmingham.	Dr Ward.	35	9 déc. 1884	G.	...
10	Wolverhampton.	Dr Scott.	41	9 fév. 1885	G.	...
11	Birmingham.	Dr A. E. Clarke.	30	2 avril 1885	G.	...
12	Birmingham.	L. Tait.	37	5 mai 1885	G.	...
13	Birmingham.	Dr Whitcombe.	25	11 mai 1885	G.	...
14	Birmingham.	Dr Whitby.	34	2 juil. 1885	G.	...
15	Birmingham.	L. Tait.	42	11 juil. 1885	G.	...
16	Wolverhampton.	Dr Watts.	31	2 sept. 1885	G.	...
17	Manchester.	Dr Walter.	26	6 sept. 1885	G.	...
18	Birmingham.	L. Tait.	28	19 sept. 1885	G.	...
19	Birmingham.	L. Tait.	42	23 oct. 1885	G.	...
20	Coventry.	Dr Davidson.	37	31 oct. 1885	G.	...
21	Tipton.	Dr Price.	24	2 fév. 1886	G.	...
22	Oldbury.	Dr Cunningham.	35	3 juil. 1886	G.	...
23	Birmingham.	Dr Wilson.	32	16 juil. 1886	G.	...
24	Tipton.	Dr Price.	34	27 sept. 1886	...	M.
25	Birmingham.	Dr A. E. Clarke.	44	26 janv. 1887	G.	...
26	Birmingham.	Dr Hoare.	31	18 fév. 1887	G.	...
27	Halifax.	Dr Dolan.	29	17 fév. 1887	G.	...
28	Coleford.	Dr Prosser.	29	27 avril 1887	G.	...
29	Walsall.	Dr Gordon.	30	6 mai 1887	G.	...
30	Birmingham.	Dr Lafarelle.	44	19 sept. 1887	G.	...
31	Birmingham.	Dr Wilson.	29	20 sept. 1887	G.	...
32	Wrexham.	Dr Williams.	37	30 sept. 1887	G.	...
33	Nottingham.	Dr Hunter.	37	16 nov. 1887	G.	...
34	Birmingham.	L. Tait.	37	16 déc. 1887	G.	...
35	Birmingham.	Dr Harmar.	41	7 janv. 1888	G.	...
36	Birmingham.	Dr Vokes.	30	16 fév. 1888	G.	...
37	Kidderminster.	Dr Jotham.	38	11 mai 1888	G.	...
38	Derby.	Dr Carter Wigg.	27	12 juin 1888	G.	...
39	Ilfracombe.	Dr Slade King.	27	9 juil. 1888	G.	...
40	Birmingham.	Dr Drury.	26	28 août 1888	G.	...
41	Birmingham.	Dr Bracey.	27	29 août 1888	G.	...
42	Birmingham.	Dr Hallwright.	35	25 sept. 1888	G.	...

Toutes ces malades étaient des femmes mariées.

Deux de ces cas réclament quelques détails pour des raisons spéciales : le premier (n° 13) se rapporte à une malade, qui mourut victime d'un second accident de même espèce ; d'ailleurs son histoire complète est la suivante :

Le 10 mai 1885, madame E. R., âgée de 25 ans, me fut envoyée par M. W. P. *Whitcombe*, Victoria Road, Aston ; elle présentait des symptômes abdominaux d'une certaine gravité. Cette dame avait commencé à souffrir quelque temps avant Noël. Elle supposait être enceinte, sa menstruation ayant fait défaut pendant 3 mois ; mais au mois d'avril elle eut une période et puis une seconde au commencement de mai. Pendant les derniers temps elle avait souffert de violentes douleurs dans le bas-ventre et le jour précédent elle avait eu une syncope et des vomissements, la douleur pelvienne étant réapparue. Lorsque je la vis, je la trouvai en très mauvais état et excessivement anémiée. Il existait une large tumeur, mal définie, sur le côté droit de l'utérus, intimement rattachée à cet organe, et les organes pelviens étaient immobilisés par cette masse. Il n'était pas difficile de diagnostiquer ici un cas de grossesse tubaire rompue.

J'ouvris l'abdomen le 11 mai et je trouvai le bassin rempli de caillots et de sérum sanguins. J'enlevai la trompe de Fallope droite, qui était occupée par une grossesse datant d'environ trois mois, et qui présentait une large déchirure de ses parois, au travers de laquelle étaient partiellement engagés le fœtus et le placenta. Quelques points de l'intestin, qui présentaient un suintement sanguin, furent touchés au perchlorure de fer ; je placai un drain et la malade eut une guérison simple et rapide.

Ce cas a été publié à propos d'un court article sur la grossesse tubaire rompue dans le *British Medical Journal* du 19 décembre 1885.

Environ 18 mois après cette opération cette dame accoucha d'un enfant à terme, elle fut assistée par une sage-femme et il ne survint rien de particulier ni pendant la grossesse, ni au moment de l'accouchement.

Quinze mois après cette époque elle devint de nouveau enceinte et son mari raconte que pendant le cours de cette grossesse (qu'elle supposait être arrivée au quatrième mois) elle n'avait éprouvé aucun symptôme inquiétant ; elle s'était seulement plainte à différentes reprises et à longs intervalles de légères douleurs dans le ventre, mais pas assez importantes pour l'engager à réclamer l'assistance d'un médecin. Le seul point particulier et suspect était qu'elle prétendit à plusieurs reprises sentir l'enfant plus distinctement que pendant la même période de ses précédentes grossesses.

M. *Whitcombe* fut mandé pour la voir dans la matinée du 9 mars, mais, comme il était absent, la malade fut visitée par son assistant un peu avant une heure de l'après-midi. La malade était couchée toute ha-

billée sur son lit, ses genoux pliés et elle se plaignait d'une douleur très vive dans l'hypogastre. Extrêmement pâle et presque sans pouls, elle avait eu aussi quelques vomissements. On raconta à M. Hall, qu'environ une heure auparavant, tandis qu'elle nettoyait son foyer et qu'elle était penchée sur celui-ci, elle avait été prise subitement d'une douleur aiguë et s'était sentie défaillir.

On lui administra de suite des stimulants, mais tous les efforts pour la restaurer furent inutiles et elle mourut un peu après cinq heures dans la même après-midi — évidemment d'hémorrhagie interne.

M. Whitcombe put faire l'autopsie et il fut assez aimable pour me donner les renseignements suivants. — Il trouva l'abdomen rempli de



Fig. 64. — Préparation de grossesse interstitielle (Cas XIII), actuellement au Queen's College Museum.

sang coagulé et fluide; un grand caillot était adhérent à une portion du placenta, qui faisait saillie sur la paroi utérine; lorsque ce caillot fut détaché, on trouva qu'une portion de tissu villositaire y était resté attaché. Tous les organes étaient très anémiés et il ne pouvait exister aucun doute, que l'hémorrhagie avait été la cause de la mort. M. Whitcombe eut la bonté de m'apporter les pièces et je puis grâce à l'aide de mon assistant, M. Teichelmann, en présenter ici la reproduction et la description.

Il ne peut y avoir aucun doute, que la pièce représente une grossesse tubaire interstitielle du côté gauche. La cavité, dans laquelle le fœtus se trouve logé, est séparée de la cavité utérine par une forte cloison de tissu utérin, se continuant de chaque côté avec les parois propres de

l'utérus. La paroi interne de cette cloison, ainsi que tout le reste de la cavité utérine, est revêtue de la muqueuse hypertrophiée (decidua) B. Le tronçon restant de la trompe droite est situé en un point qui semble être, au premier abord, l'angle inférieur de l'utérus, mais qui en est réellement l'angle supérieur déplacé. Ce déplacement n'est qu'apparent et il provient de l'énorme développement de la corne gauche de l'utérus, renfermant le produit. Une sonde fine peut très bien être passée de la cavité utérine dans ce reste de la trompe droite.

La trompe de Fallope gauche, A, au contraire, communique avec la cavité, qui contient le fœtus et le placenta et la rupture s'est faite dans la partie supéro-postérieure de la corne utérine gauche.

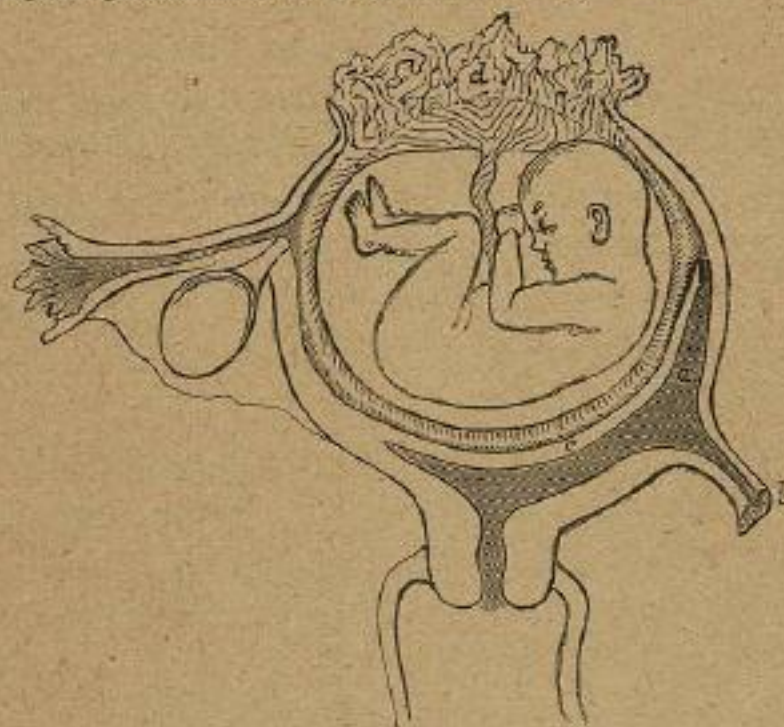


Fig. 65. — Figure schématique, représentant une grossesse interstitielle tubaire au moment de sa rupture.

Nous avons dans ce cas l'exemple étrange, presque incroyable, d'une malade atteinte deux fois de grossesse tubaire, et en plus le fait, encore plus étrange, que dans l'intervalle entre ces deux accidents est survenue une grossesse normale, menée à bien. Elle fut sauvée dans la première de ces catastrophes par une prompt intervention chirurgicale, et elle aurait pu être sauvée encore une seconde fois cependant la rapidité, avec laquelle les événements se précipitèrent, peut faire aussi supposer que nous n'aurions pas même eu le temps de préparer l'intervention qui était nécessaire.

**Époque de la rupture primaire.** — Ainsi que nous pouvons en juger par la préparation, l'appréciation de la malade sur l'époque de sa grossesse était exacte ; et par ce fait nous avons une constatation précise, que *la variété interstitielle* peut, comme nous devons d'ailleurs nous y attendre, arriver à un développement plus avancé, avant qu'il se produise une rupture primaire, que les autres variétés qui occupent la partie libre de la trompe. En effet, pour ces dernières formes, nous ne connaissons aucun exemple avéré où la grossesse soit arrivée au delà de la *douzième* ou *treizième semaine* de son développement avant d'aboutir à la rupture. Je viens d'employer intentionnellement ici une nouvelle expression en parlant de *rupture primaire* ; je suis en effet convaincu, que si nous ne faisons pas ainsi la distinction, que j'ai déjà indiquée antérieurement, nous conserverons les éléments de confusion qui existent à propos de ces intéressants accidents.

Il est donc parfaitement établi que, dans tous les cas de grossesse tubaire, lorsque l'œuf arrive à un certain développement, la trompe doit nécessairement se rompre, et que cette rupture ne peut s'effectuer que dans deux directions opposées — soit dans la cavité péritonéale, soit dans la cavité du ligament large. Pour la partie libre de la trompe cette rupture surviendra, ainsi que je l'ai dit, dans la douzième ou la treizième semaine. Le cas que je viens de citer nous montre, que pour la variété interstitielle la rupture peut être retardée de quelques semaines. La rupture dans le péritoine semble être uniformément fatale tant pour la mère que pour l'enfant ; mais lorsque la rupture se produit dans la cavité du ligament, le développement du fœtus peut suivre son cours normal, et ce sont les cas dans lesquels l'enfant peut atteindre la période viable de son existence.

Le Dr Taft a rapporté, dans un numéro récent du *New-York Medical Record*, un cas dans lequel la rupture ne se serait

pas produite. Mais d'après la description donnée, il paraît évident que la rupture primaire s'est faite dans le ligament large.

Quant à la *rupture secondaire*, elle peut s'effectuer, dans ces cas, à toute période de développement de la grossesse et c'est alors que les termes que je recommande deviendront très avantageux, presque indispensables. Cette rupture secondaire est très clairement démontrée par le cas célèbre de *Nonat*, cité par *Bernutz*, qui, par les circonstances dans lesquelles se produisit cette rupture secondaire, offre le plus grand intérêt. Cette seconde rupture de la poche explique aussi le cas bien connu de *Jessop*, dont nous aurons encore à parler plus tard.

**Grossesse tubaire interstitielle.** — Revenons encore un moment au cas de grossesse interstitielle, qui est en discussion, car il présente quelques particularités très intéressantes, quelques-unes nouvelles, d'autres qui serviront de confirmation à ce que j'ai déjà dit, et de réfutation à certaines idées confuses, qui existent encore dans l'esprit de bien des auteurs qui ont écrit sur notre sujet.

La malade, dont il s'agit, était une femme intelligente pour sa condition sociale, et qui ayant traversé la terrible expérience de sa première opération, était renseignée exactement sur la nature d'un tel accident. Malgré cette terrible expérience et sa connaissance exacte des conditions dans lesquelles la rupture s'était produite, sachant qu'elle était enceinte, elle éprouva si peu de symptômes jusqu'au moment de la rupture, qu'elle n'eût pas même l'idée de réclamer l'assistance médicale. Cela avait été d'ailleurs aussi le cas lors de sa grossesse tubaire. Aucun symptôme n'avait paru devoir exiger un examen médical.

Un fait bien étrange est que, dans la grande expérience que j'ai à présent de la grossesse tubaire, je n'ai jamais rencontré qu'une seule occasion d'examiner une de ces malades

avant le moment de la rupture ; encore dans ce seul cas n'existait-il aucun symptôme, aucune indication étiologique qui ne pût tout aussi bien se rapporter à une simple occlusion de la trompe ; en un mot le diagnostic exact ne devint possible que lorsque la rupture se produisit et que l'abdomen fut ouvert.

Si l'on tient compte de ces constatations dues à ma propre expérience, on m'excusera, je pense, de rester quelque peu sceptique, quant à l'exactitude des diagnostics de ceux qui parlent avec une superbe assurance de faire le diagnostic certain des cas de grossesse tubaire avant la période de rupture et qui affirment les avoir guéris par la ponction, simple, électrolytique, ou accompagnée d'injections médicamenteuses.

De semblables assertions font très bon effet dans les « discussions des sociétés savantes » et dans les « articles de journaux », mais elles ne résistent pas à l'épreuve d'un contrôle sévère au lit de la malade.

A propos de cette question, j'ai été très mal compris et je suis heureux d'avoir l'occasion d'exposer ici clairement mes opinions ; car je désire faire ressortir le fait, qu'après la période de rupture le diagnostic non seulement peut être fait, mais encore *a été fait* dans la majorité des cas.

Un autre point ressort du cas très intéressant dont nous parlons, c'est le fait, clairement démontré par la pièce, que, quels qu'aient été les symptômes précédant la rupture, l'examen physique très attentif n'aurait pas permis d'autre diagnostic que celui de grossesse normale, arrivée au quatrième mois et demi de son évolution.

**Fréquence et diagnostic.** — Ce cas constitue ma seule expérience de grossesse ectopique interstitielle, mais la pièce ressemble si exactement à celles que j'ai vues dans les musées, que je le considère comme un véritable type de la variété. Je suis par conséquent très disposé à admettre qu'une grossesse tu-

baine interstitielle ne peut pas être diagnostiquée par l'examen physique et je ne puis me représenter quels sont les symptômes qui pourraient nous aider à la diagnostiquer avant le moment de la rupture. Les spécimens de cette variété, qui existent dans les musées, ne doivent pas dépasser le chiffre de cinq ou six. Il en existe un au *Collège des chirurgiens d'Édimbourg*, un au musée de *Guy's Hospital*, un autre au musée de l'hôpital de *University College* et un autre au musée du *Collège des chirurgiens*, décrit par *Alban Doran*. Les deux spécimens, mentionnés par ce dernier auteur dans le *London Hospital* n'appartiennent manifestement pas à cette variété, mais sont des grossesses du ligament large. *John Parry* parle de 31 cas de grossesse interstitielle dans le tableau qu'il cite de 500 cas de toute espèce, mais il ne peut y avoir aucun doute que dans la plus grande partie de ces 31 cas il y a eu erreur, et c'est un des exemples du manque de jugement critique de *Parry* dans l'établissement de ses statistiques. Il est certain que cette variété interstitielle est beaucoup plus rare qu'il ne l'admet.

**Traitement.** — En supposant que le diagnostic ait pu être posé pour le cas qui nous a occupé, on peut se demander quelle eût été la conduite à tenir. Si l'on avait pu se rendre un compte exact des rapports des parties, il eût été indiqué de dilater le col utérin, de diviser largement la cloison et de vider la poche contenant la grossesse. En essayant et même en réussissant à détruire le produit, on n'eût pas rendu grand service à la malade. Le placenta aurait continué à se développer, à supposer qu'il ne se fût pas produit une suppuration, qui tôt ou tard aurait pu se rompre dans la cavité péritonéale. Au moment de la rupture, si l'intervention chirurgicale avait pu être pratiquée à temps, on aurait pu sauver la malade par une hystérectomie totale, et d'après l'examen des pièces, recueillies à l'autopsie, il est absolument certain que celle-ci eût pu être faite facilement.