

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.

Le dernier cas de mon tableau est si intéressant qu'il mérite aussi d'être présenté en détail, car il prouve un fait qui, comme nous pouvions le supposer, peut arriver à se produire, mais dont la réalité n'a jamais été clairement démontrée; à savoir qu'une grossesse tubaire, se rompant dans le péritoine, peut ne pas aboutir immédiatement à une terminaison fatale par hémorrhagie. Nous pourrions alors penser que la résorption de l'ovule et de l'épanchement terminera heureusement ce grave accident; il n'en fut pas ainsi pour notre cas. La suppuration s'établit, la malade eut plusieurs poussées de péritonite, qui l'exposa à différentes reprises aux plus grands dangers et si je n'avais pu la débarrasser des restes décomposés de la grossesse, situés dans une grande cavité suppurée, il est absolument certain, qu'après une ou deux nouvelles poussées aiguës, la terminaison fatale se fût produite.

La malade en question était âgée de 27 ans, elle avait été mariée pendant 6 ans, mais n'était jamais devenue enceinte, autant au moins qu'elle pouvait le savoir. — On remarquera que cette circonstance est souvent notée pour ces sortes de cas.

Réglée très régulièrement jusqu'à Noël, elle avait cessé de l'être depuis cette époque jusqu'en mars, mais elle avait gardé le lit pendant tout ce temps pour une soi-disant inflammation de la matrice, traitée par un praticien bien connu de Liverpool. Au commencement de mars, elle commençait à se lever, lorsque le second jour de sa sortie du lit, elle fut saisie subitement d'une violente douleur suraiguë et elle fut obligée de rester de nouveau alitée pendant trois semaines avec tous les symptômes d'une poussée de péritonite aiguë.

Au commencement d'avril la malade rentra chez elle à Ilfracombe et fut alors examinée par le Dr *Slade King*, qui reconnut l'existence d'une tumeur sur le côté gauche de l'utérus. Pendant le mois d'avril elle eut encore une attaque, qu'elle décrit comme une récurrence de la péritonite qu'elle avait éprouvée le mois précédent, et depuis lors il se produisit encore deux ou trois fois des poussées analogues, plus ou moins graves. Sa menstruation s'était produite deux fois pendant ce temps, très profuse chaque fois, durant environ 15 jours, et accompagnée de violentes douleurs. Lorsque je la vis le 4 juillet, elle était très émaciée, souffrait continuellement, était incapable de se lever. Son mauvais état était dû évidemment à la présence de pus dans le petit bassin.

L'examen physique fit découvrir une tumeur, grosse comme une tête de fœtus, située sur le côté gauche du bassin, immobile et très douloureuse au toucher. L'histoire de la malade ne pouvait pas nous renseigner exactement sur le diagnostic; l'arrêt de la menstruation de janvier jusqu'à mars aurait aussi bien pu se produire soit dans le cas d'une hématocele du ligament large, soit dans d'autres circonstances, qui à leur suite pouvaient donner lieu à la tumeur que je constatais. A coup sûr les personnes, qui nous donnèrent les renseignements sur l'histoire de la malade, n'avaient jamais eu le soupçon d'une grossesse et mon propre diagnostic ne s'arrêta pas non plus à cette hypothèse et fut celui de *suppuration de la trompe de Fallope gauche*.

Ce diagnostic se trouva être parfaitement exact en fait, mais pour être complet il aurait dû reconnaître la suppuration constatée comme conséquence d'une grossesse tubaire rompue. L'état de la malade réclamait une intervention immédiate, par conséquent j'ouvris l'abdomen, et voici ce que je trouvai: l'épiploon avait contracté des adhérences avec le contenu du petit bassin et j'eus assez de difficulté pour détacher son bord de la base de la vessie. Après avoir exécuté cette première partie de l'opération, je trouvai au-dessous différentes anses intestinales, adhérentes entre elles; en les enlevant j'ouvris une cavité, d'où s'échappa un jet de pus extrêmement fétide.

Cette cavité avait la dimension d'une grosse orange, et la première chose que je constatai dans son intérieur fut une masse de substance friable, que mes doigts reconnurent de suite pour un fragment de placenta. Je l'enlevai et l'examen à l'œil nu confirma la nature que le simple toucher m'avait fait soupçonner. Je constatai alors que la cavité d'où j'avais retiré ce fragment était constituée par la trompe de Fallope dilatée et distendue, formant les parois antérieure, postérieure et inférieure de la tumeur, tandis que la paroi supérieure était représentée par les anses intestinales et l'épiploon, que j'avais partiellement détachés. Tout autour de la cavité, je pus sentir un certain nombre de points indurés, que je reconnus facilement pour des os fœtaux, encastrés dans les parois de la poche. J'en enlevai quelques-uns et je trouvai qu'ils représentaient des fragments de côtes et d'os plats. Alors je détachai avec soin toute la partie de la poche formée par la trompe de Fallope, je liai le pédicule et j'enlevai la pièce. La présence des franges tubaires démontre suffisamment l'exactitude de ma supposition quant à la formation de cette poche.

Nous avons donc ici un cas du plus grand intérêt, car il prouve — ce qu'il n'avait pas été possible d'établir complètement jusqu'à présent — que la rupture d'une grossesse

tubaire dans le péritoine peut ne pas être immédiatement fatale par hémorragies répétées.

Il en existe encore un cas, recueilli par *Campbell* et provenant de la pratique de *Samuel Hey*, de Leeds, et pour lequel je crois que l'on peut aussi accepter cette même interprétation; mais il est si délicat d'affirmer le diagnostic de grossesse tubaire rompue, que, à moins de posséder la preuve fournie soit par la laparotomie, soit par l'autopsie, il est très naturel de conserver encore du doute sur l'authenticité d'une pareille observation.

Notre cas est par contre une preuve absolue que la rupture peut se produire dans le péritoine, non seulement sans terminaison fatale immédiate, mais encore sans hémorragie très considérable. Il est d'ailleurs probable que ces cas sont *accessivement rares*.

Nous ne faisons aucune difficulté de croire que, dans les cas comme le nôtre, lorsque l'hémorragie n'a pas été mortelle, tout le contenu de la trompe puisse être résorbé par le péritoine; l'état du fœtus tel que nous l'avons trouvé le démontre suffisamment; si la suppuration n'était survenue, nous ne doutons pas que dans l'espace de quelques mois le tout eût été si complètement résorbé, que nous n'aurions pas retrouvé trace de son existence. Néanmoins, le fait que la suppuration peut survenir au cours de cette guérison naturelle et expose alors la malade aux plus graves dangers, voire même par de nouvelles récidives de péritonite à une mort presque certaine, ce fait, dis-je, nous démontre suffisamment qu'il ne sera jamais prudent d'abandonner ces cas à une terminaison naturelle et que leur traitement par l'électrolyse est un véritable non-sens.

Il est de plus impossible de s'imaginer que la trompe de Fallope puisse récupérer ses fonctions normales, après avoir traversé un pareil accident, et on peut très vraisemblablement admettre, que pendant des mois sinon des années elle restera

exposée à tout moment à l'éventualité de la suppuration, telle qu'elle s'est produite dans notre cas.

Notre malade guérit rapidement; par conséquent, persuadé du peu de danger que présente l'opération, je n'hésite pas à recommander l'extirpation de la trompe avec les débris de la grossesse qu'elle contient, dans tous les cas et aussitôt que possible.

Continuation de la grossesse. — Nous avons à présent à étudier les cas moins fréquents, dans lesquels l'œuf survit à la rupture; cela ne pourra se produire que si cette rupture s'est produite dans la cavité du ligament large.

Lorsque la rupture s'effectue dans cette direction, il est probable qu'elle s'accompagne toujours d'hémorragie dans le tissu cellulaire et qu'il en résulte une hématocele plus ou moins considérable. J'en ai déjà fourni la preuve par l'observation citée à la page 629 et, comme je l'ai déjà dit, je mets en fait qu'une bonne partie des hématoceles suppurées que j'ai opérées, avaient été à l'origine des grossesses tubaires. D'autre part je suis tout aussi certain qu'une grande partie des hématoceles extra-péritonéales que nous rencontrons et pour lesquelles nous n'avons pas à intervenir, ont la même origine. Il est donc à présent facile de comprendre pourquoi *Parry* nous dit « que la gestation extra-utérine peut être occasionnellement confondue avec l'hématocele pelvienne. Qu'il peut être parfois impossible de les distinguer l'une de l'autre ». Cela doit être naturellement le cas, du moment que l'hématocele est le résultat de la transformation de la grossesse ectopique.

La confusion dans laquelle *Parry* se perd est curieuse à étudier, car elle le conduit à une série de citations et à une suite de conclusions mal établies, qui contribuent largement à démontrer l'inanité du tableau de la gestation ectopique qu'il s'efforce de défendre. Ainsi il nous dit: « il a été néanmoins établi que la péritonite, par laquelle seuls les épan-

chements dans le péritoine peuvent s'enkyster, survient rarement après la rupture d'une grossesse ectopique » et en ceci il a parfaitement raison. La péritonite se présente rarement dans ces cas ; croire que ces collections sanguines s'enkystent à la suite d'un processus inflammatoire est un véritable non sens. L'enkystement se produit uniquement par la distension du ligament large, soulevé par l'épanchement sanguin, qui se forme dans sa cavité ; il existe donc dès le début de l'accident.

Parry rapporte, d'après *Matthews Duncan*, un cas où ce dernier auteur raconte les faits d'une manière si précise, qu'il ne peut y avoir aucun doute sur les événements ; néanmoins *Parry* ne l'a pas du tout compris. *Duncan* dit que sa malade eut tous les symptômes d'une hémorrhagie intra-péritonéale environ un mois avant sa mort, et il décrit très exactement une hémorrhagie extra-péritonéale dans le ligament large.

L'enkystement se fit et tout faisait prévoir une heureuse guérison, lorsque la tumeur (hématoécèle du ligament) se rompit dans la cavité péritonéale (*rupture secondaire*) et provoqua une péritonite mortelle.

Il serait difficile de trouver une observation clinique, donnée d'une manière plus précise que celle-ci, mais dont les conclusions aient été aussi maladroitement interprétées. Chose plus étrange encore, ce cas de *Duncan* est commenté par *Parry* d'une façon exacte dans une autre partie de son ouvrage, bien que là encore la véritable conclusion lui ait échappé. Dans un autre passage, *Parry* juge très sévèrement les arguments donnés en faveur de la théorie d'enkystement par péritonite, et en ceci encore je suis absolument d'accord avec lui. « En étudiant la grossesse extra-utérine, dit-il, il est peu de choses, qui soient plus surprenantes que la rareté de la péritonite après la rupture de la poche fœtale, constatée dans les cas suivis d'autopsie. Les conclusions pratiques qui peuvent être déduites de recherches minutieuses

sur le sujet sont que la péritonite est une conséquence très rare de la rupture de la poche, et lors même que l'on constatera de la douleur, spontanée ou provoquée par la palpation, de la tuméfaction ou d'autres symptômes de cette affection, ils n'indiqueront pas nécessairement l'existence de l'inflammation péritonéale. La péritonite est si rarement consécutive à la rupture de la poche fœtale d'une grossesse extra-utérine, que son éventualité ne doit pas même être prise en considération, quand on arrive à discuter le pronostic et le traitement de cet accident. »

Les incidents qui accompagnent la rupture primaire, tels que je les ai présentés, suffisent à éclaircir tous les points obscurs de la situation. *Dezeimeris* découvrit le premier qu'il existait, dans ces cas, quelque chose comme une grossesse sous le péritoine pelvien ; il ne reconnut ni la fréquence de cet accident, ni le mécanisme de sa production en ce point. Néanmoins on ne put nier longtemps les faits cités par cet auteur, car ils se trouvèrent confirmés presque de suite après leur publication. Mais en 1842 *Campbell* discuta ces faits et mit en avant la théorie de l'enkystement, comme une explication probable. « Dans la seconde variété de *Dezeimeris*, ou variété sous-péritonéo-pelvienne, dit *Campbell*, il est difficile de se rendre compte comment l'œuf peut s'insinuer sous le péritoine, qui recouvre tous les organes renfermés dans le bassin. La poche fœtale est dès l'origine si intimement unie aux parties adjacentes, qu'il peut sembler à un examen superficiel qu'elle est complètement enveloppée par les feuillets du ligament large ; mais il paraît absolument incompréhensible qu'elle puisse se trouver au-dessous de cette membrane. »

Actuellement cette explication nous est connue, et les faits cités par *Dezeimeris* ont été confirmés par tous les observateurs impartiaux.

Comme nous n'avons plus à nous occuper que des cas où

la rupture de la poche fœtale s'est faite dans la cavité du ligament large, il est bien entendu que, lorsque je parlerai désormais d'épanchement sanguin, j'entendrai uniquement celui qui se produit entre les feuillets du ligament — en un mot l'hématocele extra-péritonéale. J'excepte les cas de rupture secondaire, expression par laquelle j'entends, ainsi que je l'ai déjà dit, la déchirure du ligament lui-même, distendu outre mesure par l'hémorrhagie provenant de la rupture primaire, comme dans le cas de *Nonat* (page 619), et celui que je viens de citer, qui a été si mal interprété par *Matthews Duncan*. L'hémorrhagie déterminée par cette rupture secondaire se fera nécessairement dans la cavité péritonéale et elle donnera lieu à une hématocele intra-péritonéale.

GROSSESSE DU LIGAMENT LARGE OU SOUS-PÉRITONÉO-
PELVIENNE.

Au moment de la rupture de la poche fœtale dans le ligament, l'hémorrhagie peut être considérable et il n'est pas difficile de comprendre comment le produit de la conception peut mourir à ce moment, puis être résorbé, ainsi que le sang extravasé lui-même. Toutes les traces de l'accident peuvent ainsi disparaître et la malade continuer à jouir d'une bonne santé. Je ne doute pas un instant que cette origine ne puisse s'appliquer à la plupart de ces hématoceles inexplicables que nous rencontrons si souvent dans la pratique. J'ai déjà relaté un cas de cette espèce, qui fut contrôlé par l'incision abdominale; et il est évident pour moi, que bien des cas de gestation ectopique peuvent arriver de cette manière à une heureuse terminaison. Néanmoins les fœtus ne meurent pas toujours au moment de la rupture, beaucoup d'entre eux continuent à se développer dans leur nouvelle situation, et peuvent même arriver de cette manière au terme de leur développement. D'autre part la mort du produit peut survenir à une

époque quelconque de la grossesse, et il survient alors une série régulière de phénomènes. En premier lieu, le liquide amniotique est résorbé, puis c'est le tour des parties molles et des os, autant que, pour ces derniers, la chose est possible. En dernier lieu, on ne trouve plus, dans le ligament large, qu'une petite poche contenant quelques os et débris de tissus fœtaux.

D'après les très nombreuses observations disséminées dans la littérature de cette question, il est certain que beaucoup de ces poches fœtales arrivent à la suppuration et constituent alors des affections graves. Nous savons d'autre part que quelques produits se momifient et sont retrouvés plus tard, sur la table d'autopsie, à l'état de lithopédiions.

Parry avait déjà reconnu tout cela et il l'exprime fort bien en disant « que si la femme ne meurt pas de la rupture de la poche pendant les 4 ou 4 1/2 premiers mois de la grossesse, il est peu probable que l'on ait l'occasion de revoir la malade avant le terme de la grossesse ». Mais *Parry* ne s'est pas rendu compte des incidents de la rupture dans le ligament large, il n'a pas compris la situation; aussi l'exactitude de ses appréciations cliniques en souffre et ses déductions pathologiques sont remplies d'erreurs. C'est ainsi qu'il continue ses théories sur l'enkystement, tandis qu'il a fourni lui-même auparavant les meilleurs arguments contre cette éventualité, et déclaré que les processus inflammatoires pouvant amener la formation d'un kyste sont extrêmement rares. Il dit encore: « Quoique la présence d'un fœtus enkysté ne soit pas du tout incompatible avec la vie, et même avec un certain bien-être et une certaine activité sociale, néanmoins la femme est dans ce cas en danger continuel, le kyste pouvant subir une poussée inflammatoire et arriver à la suppuration, accident des plus graves, et qui peut même occasionner la mort ».

Suppuration de la poche fœtale. — Fistules. — Dès que la poche, contenant les débris fœtaux, arrive à cette période,