

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 lithopédiens.

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,

le pus cherche à se frayer une voie à l'extérieur, et ceci dans une des quatre directions suivantes : à travers le rectum, qui est la voie de beaucoup la plus fréquente, à travers le cul-de-sac vaginal postérieur, qui vient en seconde ligne par ordre de fréquence ; à travers la vessie, et enfin très rarement à travers la paroi abdominale, dans le voisinage de l'ombilic.

« Pendant l'évacuation de ces débris fœtaux en état de décomposition, nous dit *Parry*, la mère est exposée à tous les dangers, qui résultent de la résorption de matières purulentes ou putrides ». Et, dans le but de confirmer son dire, il publie un tableau qui, quoique n'ayant pas une valeur absolue, donne une excellente idée de la mortalité terrible due à cet accident. Il a réuni 330 cas, dont 105 se terminèrent par la mort ; nous pouvons être certains qu'ici, comme dans toutes les statistiques analogues, le pour cent de mortalité reste toujours au-dessous du chiffre réel, car nous sommes toujours moins bien renseignés sur les cas malheureux que sur ceux qui ont une terminaison satisfaisante. Les guérisons sont toujours accompagnées de grands dangers et de longues souffrances, car elles durent parfois des années et pour cette raison ces accidents réclament l'intervention chirurgicale, en faveur de laquelle j'apporterai encore plus tard d'autres arguments.

En premier lieu, qu'il me soit permis de faire ressortir le fait que les quatre directions, dans lesquelles ces débris peuvent être évacués à l'extérieur, sont déjà une preuve que le siège de la grossesse est la *cavité du ligament large*. Lorsque celle-ci est située dans l'épaisseur du ligament gauche, et que l'épanchement sanguin a disséqué le péritoine autour du rectum en formant la stricture annulaire dont j'ai déjà parlé, l'abcès se fraiera très probablement une voie dans l'intestin. J'ai vu un certain nombre de ces cas et j'ai retiré des débris fœtaux à travers une perforation du rectum, s'ouvrant directement dans la cavité du ligament large ; avec un doigt

dans l'ouverture rectale et une sonde dans l'utérus, je me suis rendu un compte exact de la situation.

La vessie et le cul-de-sac vaginal postérieur seront, naturellement, après le rectum, les points les plus propices pour l'évacuation, et, dans cette dernière éventualité, j'ai eu plusieurs fois la preuve, par l'exploration directe, que c'était bien la cavité du ligament qui contenait ces débris fœtaux.

Je citerai le cas d'une dame, qui vint de l'Amérique du Sud pour me consulter. Depuis des années elle évacuait par la vessie des calculs phosphatiques, dont les noyaux étaient représentés par des vertèbres fœtales, j'ouvris l'abcès par la région sus-pubienne, sans intéresser le péritoine, et j'enlevai une quantité de pus, de cheveux, de dépôts phosphatiques, d'os fœtaux et j'obtins une rapide guérison. Dans ce cas, je pus passer mon doigt dans la vessie par une perforation située sur la paroi latérale droite, et, comme l'utérus était tout à fait fixé en position normale, l'abcès était dû, sans aucun doute possible, à la destruction d'un œuf expulsé dans le ligament large droit.

L'expulsion des produits de décomposition fœtale par la région ombilicale ne me fut expliquée que par les merveilleuses coupes, obtenues par congélation par *M. Barry Hart*, avec un cadavre sur lequel il trouva une grossesse ligamentaire arrivée à un stade avancé. L'énigme et avec elle bien d'autres me devint alors compréhensible ; mais je reviendrai sur ces questions lorsque je parlerai des modifications de rapport du péritoine, consécutives au développement d'une grossesse ligamentaire. Pour le moment je désire parler avec quelques détails des abcès s'ouvrant dans le rectum, le vagin et la vessie.

Abcès s'ouvrant dans le rectum, la vessie et le vagin.

— Pour tous ces cas, l'interrogatoire est d'un faible secours, il se borne ordinairement au récit obscur de quelque trouble pelvien, aboutissant à un abcès, qui s'ouvre dans le rectum

et évacue continuellement du pus ou d'autres matières analogues; la véritable nature de l'accident n'est révélée que lorsque quelque fragment pointu d'os fœtal vient à s'implanter dans le rectum ou sur l'anus et y est découvert. La plupart de ces malades souffrent beaucoup avant l'ouverture de l'abcès, puis leur position s'améliore; elles restent néanmoins à l'état de véritables invalides. La mortalité doit être sans aucun doute ce qu'en dit *Parry*, quoique pour ma part je n'aie pas vu un seul cas fatal. Toutes les malades que j'eus à soigner furent rapidement guéries par l'incision et l'évacuation complète de la cavité de l'abcès.

Pour les cas où la suppuration s'est ouvert un passage à travers le cul-de-sac postérieur vaginal, les douleurs sont moins vives et la guérison plus facile.

Tout dernièrement une femme vient à ma polyclinique avec un fragment de fémur fœtal, encore engagé dans une fistule, située juste derrière et un peu à gauche du col de l'utérus. J'agrandis l'ouverture, je retirai la valeur de 2 à 3 cuillerées à thé de débris. La malade fut guérie dans l'espace d'un mois.

Suivant *Parry*, dans quelques circonstances exceptionnelles, le contenu de ces cavités fœtales peut se frayer une voie à l'extérieur par une fistule périnéale et il cite à l'appui de son dire une observation du Dr *Yardley*, de Philadelphie. Il ne s'agit ici que d'une simple modification du cas précédent; l'abcès, en disséquant la cloison entre le vagin et le rectum, peut aussi bien arriver au périnée que s'ouvrir sur une partie plus haute de son trajet.

Les cas où l'évacuation se fait par la vessie sont plus intéressants. Suivant *Parry* cette complication est beaucoup plus grave que toutes les autres, elle est souvent fatale; je crois la chose très probable, car l'abcès se complique alors d'une cystite grave, conduisant à la pyélite et à la néphrite suppurée, complications que je n'ai pas eu l'occasion d'ob-

server, mais qui, *a priori*, sont très admissibles. La longue durée de l'affection et la formation de concrétions phosphatiques suffiraient d'ailleurs à augmenter la mortalité des cas de cette nature.

Il est assez curieux que je n'aie pas encore rencontré un de ces cas à son début, quoique je les aie toujours recherchés et que depuis des années j'aie traité toutes les suppurations pelviennes par l'incision abdominale. Cette méthode fournit en effet des résultats plus rapides, plus complets et plus durables qu'aucun autre procédé; sans doute j'aurai bien quelque jour l'occasion d'ouvrir un kyste fœtal suppuré, avant qu'il se soit fait jour à l'extérieur. Ainsi que je l'ai déjà dit, j'en ai ouvert un qui avait perforé la vessie et occasionné à la malade de longues années de souffrances; la guérison fut rapide.

Dans ce cas particulier je n'ouvris pas le péritoine, tandis que pour le traitement que j'ai adopté, fait connaître et défendu ailleurs, il est nécessaire de procéder par laparotomie. Si ces cas étaient traités tout à fait au début par l'incision abdominale, leur mortalité diminuerait et épargnerait aux malades bien des années de souffrances. Leur traitement serait ainsi le même que celui des abcès pelviens, et, si le péritoine doit être ouvert, je le refermerais selon un procédé habituel, en suturant les parois de la cavité ligamentaire au péritoine pariétal après avoir vidé la poche des débris en état de décomposition et après l'avoir lavée soigneusement. J'ai fait actuellement une cinquantaine d'opérations de cette nature, et non seulement je n'ai pas eu de mortalité, mais les guérisons ont été si rapides, si complètes, si durables, que je compte ces cas parmi ceux qui m'ont donné peut-être le plus de satisfaction personnelle.

Je n'ai rien dit du diagnostic différentiel de ces abcès du ligament large, provenant de grossesses ectopiques, car je le crois à peine possible avant d'avoir constaté et reconnu

des os ou d'autres débris fœtaux dans le pus évacué, et à ce moment le diagnostic au contraire devient des plus simples. L'absence de diagnostic différentiel, ou de renseignements sur l'origine de l'abcès ne retarde d'ailleurs pas mon intervention d'une heure, car je pars de ce principe que, dès que la présence du pus dans le bassin est constatée, la première indication est de l'évacuer.

Nous avons déjà vu que la mort du fœtus peut survenir à une époque quelconque de son développement; lorsque la cavité fœtale arrive à la suppuration, le mode de traitement restera toujours le même; plus le fœtus sera volumineux, plus les désordres seront évidemment étendus, plus aussi sera urgente la nécessité d'une intervention opératoire; et de même plus le produit sera volumineux et plus deviendra probable la rupture de la poche dans la région ombilicale, accident, qui sera discuté tout à l'heure.

Nous arrivons à présent à la dernière étape et en même temps à la dernière division de mon sujet : les cas peu nombreux où l'œuf survit et atteint son complet développement

Rupture secondaire de la grossesse ligamentaire. — Pendant cette période de la gestation, il peut se produire une rupture secondaire de la poche du ligament large; elle peut être fatale, comme dans les cas rapportés par *Nonat*, *Bernutz* et *Matthews Duncan*. Un pareil accident peut donner lieu à des symptômes très alarmants, analogues à ceux observés au moment de la rupture primaire dans le péritoine et tout aussi graves, au moins d'après ce que nous savons sur les quelques cas rapportés. Un exemple absolument unique dans l'histoire de la grossesse ectopique est le cas rapporté par *M. T. S. Jessop*, où l'enfant fut trouvé dans la cavité péritonéale; il y était absolument libre, sans aucune poche quelconque et il en fut retiré par ce chirurgien. L'auteur d'après les traités, cite le cas comme une *variété abdominale*. S'il eût dit *variété intra-péritonéale* l'expression eût été en même

temps plus heureuse et plus exacte. Il est heureux que dans ce cas l'autopsie n'ait pas été nécessaire, mais néanmoins il est parfaitement clair, d'après l'histoire de la malade, qu'il se produisit une *rupture* dans le cours de la dixième semaine de la grossesse, et pour ma part, je suis certain qu'elle était d'origine tubaire. Si à ce moment la poche s'était rompue dans le péritoine, le produit eût été certainement résorbé, car, d'après ce que je sais sur la faculté de résorption du péritoine, je suis certain qu'un fœtus gélatineux de la dixième semaine ne peut y résister. Par conséquent voici donc, suivant moi, dans quel ordre les phénomènes se sont succédés.

Après la rupture primaire, la grossesse ligamentaire suivit son développement normal jusqu'au septième ou huitième mois; à ce moment il se produisit une rupture secondaire de la poche fœtale, l'enfant passa dans la cavité péritonéale et il put continuer à vivre au milieu des anses intestinales, car à ce moment les tissus fœtaux étaient arrivés à un degré de développement et de solidité tel, qu'il leur permettait de résister au pouvoir d'absorption du péritoine. La poche rompue se sera contractée et aura disparu en partie et le placenta fut trouvé, où on le rencontre dans la majorité des cas de grossesse ligamentaire, étalé sur le contenu pelvien.

Voici d'ailleurs la relation de ce cas si intéressant :

« Mme C., âgée de 26 ans, avait toujours joui d'une bonne santé jusqu'au moment de son accident. En mars 1869, elle donna naissance à son premier et seul enfant, après un accouchement normal; après qu'elle eut sevré son enfant, ses règles revinrent régulièrement jusqu'à la fin de 1874. Au commencement de janvier 1875, sa menstruation cessa et elle soupçonna une nouvelle grossesse; dans le milieu du mois de mars elle fut prise subitement, pendant qu'elle lavait, d'une violente douleur dans le côté droit du bassin, laquelle fut accompagnée d'une syncope. Elle fut de suite couchée sur son lit et on envoya chercher son médecin ordinaire. Elle se plaignait de douleurs violentes dans l'abdomen, avec tympanisme, vomissements, rétention d'urine et pouls rapide et elle fut obligée de garder le lit pendant deux mois, se plaignant constamment de douleurs abdominales, de grandes faiblesses et d'inappétence complète. Vers le milieu du mois de mai, elle commença à sentir les mouvements