

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

de l'enfant et en même temps elle constata une tumeur dure à la partie inférieure du ventre, du côté droit. Le 13 août, M. *Samuel Hay* et M. *Clayton*, réunis pour une consultation, constataient l'existence d'un fœtus vivant en dehors de l'utérus et la malade fut transférée le même jour à l'infirmerie de Leeds, dans le service de M. *Jessop*. L'abdomen était distendu dans toute son étendue. Au niveau et au-dessous de l'ombilic on constatait une proéminence arrondie, qui s'effaçait graduellement du côté de l'appendice xyphoïde et en bas aboutissait à une dépression profonde, qui à sa partie inférieure était de nouveau limitée par une autre proéminence, située immédiatement au-dessus du pubis. A un examen plus minutieux on constata bientôt que la saillie ombilicale présentait tous les caractères d'un siège d'enfant; car les deux fesses et le sillon purent être distinctement reconnus à travers les parois abdominales, d'ailleurs assez minces; se continuant depuis le siège du côté du sternum, on pouvait sentir sur une ligne droite les petites proéminences des vertèbres spinales.

Au-dessus du pubis on reconnut les deux pieds, en remontant au delà des côtes il n'était pas difficile de préciser les contours des deux omoplates. Les bruits du cœur pouvaient être perçus très distinctement du côté droit, au-dessus de l'ombilic. Les seins de la malade étaient augmentés de volume et les aréoles bien marquées.

Au toucher vaginal on trouva l'utérus un peu augmenté de volume, sa cavité mesurait à la sonde deux pouces et demi. L'utérus restait immobile, lorsque le contenu abdominal était mobilisé d'un côté à l'autre. Les mouvements de l'enfant furent visibles à différentes reprises et indiquaient une grande vigueur. Malgré de minutieuses recherches, il ne nous fut pas possible de nous assurer de la présence d'un souffle placentaire. Le diagnostic de grossesse extra-utérine était certain, l'état de la femme devenait extrêmement critique. Dans ces circonstances il fut décidé d'extraire l'enfant par laparotomie. Avec l'assentiment de mes collègues, je me décidai à procéder à l'opération le 11 du mois d'août à midi et demi.

La malade, ayant été anesthésiée par l'éther et la vessie ayant été vidée, je fis une incision de 6 pouces de long sur la ligne blanche; de telle sorte que l'ombilic se trouva former le centre de l'incision. La paroi abdominale était très mince, mais plus vasculaire que d'habitude; et le revêtement péritonéal, quoique normal sur sa surface libre, sembla épaissi et velouté sur sa section. Immédiatement après l'incision, le siège et le dos de l'enfant, recouverts d'une couche épaisse d'enduit caséux, apparurent directement à notre vue. A la partie supérieure de l'incision, on voyait l'épiploon, recouvrant comme une mantille les épaules de l'enfant, et à la partie inférieure on put voir le cordon, d'apparence normale, qui croisait l'incision et contournant la cuisse gauche du fœtus se rendait à son insertion ombilicale.

L'enfant était à genoux, présentant son siège à la région ombilicale maternelle; sa tête, fléchie sur sa poitrine, reposait près de l'épiploon et du colon transverse, les plantes de ses pieds regardant le pubis et ses genoux reposaient sur le bord postérieur du bassin. Son extraction fut effectuée rapidement.

Le cordon fut lié et séparé de la manière habituelle et l'enfant fut confié à la garde de deux messieurs, désignés d'avance pour prendre soin de lui. Nous vîmes à présent que la grossesse était bien une *variété abdominale* car nous ne pûmes constater aucunes traces de poche ou de membranes quelconques. L'enfant était placé au milieu des intestins, complètement libre dans la cavité abdominale. Les intestins, recouverts par endroit d'un peu de lymphe, non organisée, et sans adhérences aucunes, purent être soulevés par l'éponge et on trouva environ une once de sérum, parfaitement clair, dans la cavité péritonéale. En suivant le cordon, on constata que le placenta, plus large que d'habitude, était étalé sur le contenu du bassin, comme un couvercle sur un pot, en s'étendant en arrière à quelque distance au-dessus de son niveau, où il était attaché au gros intestin et à la paroi abdominale postérieure. Près de son centre, il existait une proéminence, qui semblait correspondre au fond de l'utérus, augmenté de volume. Nous prîmes un soin tout particulier pour ne pas causer le moindre déplacement dans ses rapports et ses adhérences, car nous étions bien décidés à le laisser en place. Le 20 octobre l'incision est indiquée comme complètement guérie et trois semaines plus tard, la malade rentra chez elle. Depuis ce moment jusqu'aujourd'hui elle est restée en parfaite santé.

La menstruation reparut environ un mois après sa sortie de l'infirmerie, et elle fut depuis lors toujours régulière. L'enfant était aussi sain, aussi volumineux, aussi vigoureux qu'un enfant de belle moyenne, né dans des circonstances ordinaires; et il continua à se bien porter jusqu'en juillet 1876, où, après une maladie d'une semaine, il mourut du croup et de broncho-pneumonie à l'âge de 11 mois.

J'ai tenu à citer cette observation avec tous ses détails, car elle est la seule de son espèce qui, après examen critique, peut être admise comme *grossesse abdominale* ou plutôt *intra-péritonéale*. Certainement ceux rassemblés par *Parry* ne sont pas dans le même cas, et pour ma part je n'en ai rencontré aucun autre.

Un autre cas, quelque peu analogue à celui-ci, a été publié dans les *Krankheiten der Tuben* par *L. Bandl* et reproduit dans le livre de *Tarnier* et *Budin*, c'est le suivant:

« Dans le cas cité par cet auteur, chez une multipare examinée plusieurs fois, il diagnostiqua une grossesse extra-utérine. L'enfant était vivant et arrivé à terme. La malade refusa la laparotomie : il survint des phénomènes de faux travail, l'expulsion de la caduque puis quelques symptômes de péritonite, auxquels la malade succomba. L'incision abdominale fut pratiquée de suite ; l'enfant qui pesait 3,800 grammes fut extrait vivant, mais il fit seulement 3 ou 4 respirations et mourut. Le jour suivant, à l'autopsie de la mère, on trouva dans la cavité abdominale environ 2,500 grammes de liquide épais, mais nulle part on ne put découvrir de membranes fœtales. Il existait néanmoins une poche, qui enfermait le fœtus de toutes parts, mais les parois de cette cavité étaient formées de fausses membranes d'environ 4 à 5 millimètres d'épaisseur et qui cachaient les parois abdominales antérieure, postérieure et latérales, et recouvraient les intestins grêles, le colon ascendant, le colon descendant, etc. On trouvait, sur la surface interne de cette poche, un certain nombre de brides, les unes épaisses, les autres minces qui s'étendaient d'une paroi à l'autre. Une masse volumineuse, qui renfermait le placenta, était située dans la fosse iliaque interne et se continuait dans le petit bassin du côté droit. Quelques vaisseaux très dilatés, atteignant le volume d'une plume de corbeau, étaient situés près de ce placenta. Le cordon ombilical, partant du fœtus, formait une anse autour de l'utérus et pénétrait par un orifice circulaire, d'environ un centimètre et demi de diamètre, dans une cavité, dont les parois étaient lisses et polies ; la surface fœtale du placenta limitait cette cavité, dans laquelle le doigt pouvait pénétrer facilement. En dehors de l'orifice, autour du cordon on trouva des débris de membranes ovulaires ridées, de coloration brune jaunâtre et datant des premiers mois de la grossesse. L'existence des restes d'un kyste du ligament large démontre clairement ici le fait de la *rupture secondaire* ».

Minceur anormale des parois utérines. — Dans le cas de *Jessop* rien n'a été plus facile que le diagnostic, et pourtant il y a là une source d'erreurs, que j'ai rencontrée plusieurs fois et dont aucune autorité que je sache, sauf *Parry*, n'a fait encore mention. Voici ce qu'il dit page 103 de son livre :

« Je rencontrai il y a quelques années un exemple de grande minceur des parois abdominales qui fut excessivement curieux. J'avais été mandé par le Dr *E. W. Watson* pour examiner une jeune dame et me prononcer sur la nature d'une tumeur abdominale, qui avait atteint le volume d'un utérus gravide de 7 mois 1/2 à 8 mois. En palpant l'abdomen

distendu je sentis un fœtus, qui me parut être directement sous mon doigt, contre lequel il rebondit immédiatement. Il était si superficiel, qu'il était tout à fait impossible de croire qu'il y eût autre chose que la peau de l'abdomen, interposée entre la main et l'enfant vivant ».

Il est clair, que dans des conditions pareilles nous devons avoir non seulement un amincissement des parois abdominales, mais encore un défaut de développement du tissu utérin ; et les quelques cas que j'ai rencontrés, où l'arrêt de développement était si prononcé, que la paroi utérine n'était pas plus épaisse qu'un simple pli d'intestin, constituent certainement une des curiosités de mon expérience pratique. Dans un cas de la clientèle de *M. Langley Browne*, de West Bromwich, nous trouvâmes un utérus extrêmement mince et placé en rétroversion. Dans d'autres cas encore les parois étaient aussi très minces et en plus il existait généralement des latéflexions ou rétroflexions ; mais dans ces cas un peu de patience mettait toujours fin aux doutes du diagnostic.

Si je rencontrais un cas où il existât des symptômes urgents, je n'hésiterais pas à employer la sonde ou mes dilateurs, s'il y avait nécessité ; car ce qui pourrait m'arriver de pire, au cas où il y aurait eu erreur, serait de provoquer un travail prématuré. Cette condition d'extrême minceur des parois utérines, dans le cas de grossesse, d'ailleurs absolument normale, est un point de l'obstétrique qui n'a pas encore attiré l'attention qu'il mérite. Il se rencontre néanmoins assez fréquemment pour être une source de difficultés et même de danger ; je me propose donc de dire quelques mots sur ce que j'ai pu remarquer à propos de cet incident, j'espère ainsi attirer l'attention de quelque spécialiste accoucheur, qui sera à même de s'en occuper plus longuement et plus attentivement.

J'ai présents à la mémoire huit cas, pour lesquels j'ai été consulté pour une soi-disant grossesse extra-utérine et dans