

comme nous suivons un cas d'hystérectomie puerpérale et que nous choisissons le début du travail comme le moment le plus favorable à l'opération pour sauver la mère et l'enfant.

On ne se laissera donc détourner de ce premier principe, qui règle le moment choisi pour l'opération et les détails de celle-ci, que par deux autres considérations, qui sont les suivantes : ne pas opérer avant que l'enfant ait atteint la période de viabilité, pourvu que le délai nécessaire ne soit pas préjudiciable à la mère et, en second lieu, ne pas différer l'opération dès que l'enfant est mort.

**Opération par le vagin.** — Je veux maintenant dire ce que je pense de toutes les opérations qui consistent à extraire l'enfant par incision vaginale.

Le D<sup>r</sup> *Hermann* a réuni une série de 23 cas d'opérations par voie vaginale avec 14 guérisons de la mère et seulement un seul enfant sauvé. J'en ai retrouvé depuis quelques autres cas, mais ces recherches n'ont pas d'importance. Lorsque l'on examine en effet les cas en détail, il devient bientôt évident qu'ils ne sont pas comparables et qu'il est tout à fait impossible de prendre de telles bases pour en tirer une conclusion générale, et, encore plus, des indications particulières.

L'incision vaginale est une méthode fort peu satisfaisante en ce qui regarde l'enfant, ceci est de toute évidence, car la difficulté d'extraire le fœtus est énorme, et on ne connaît que deux cas dans lesquels l'enfant ait été retiré vivant. La mortalité est dans ces cas de plus de 60 pour cent, mais ce n'est pas encore là le principal argument contre ce mode d'intervention ; en effet, on constate à l'autopsie un tel délabrement des organes, on arrive si souvent à reconnaître alors qu'il s'est produit au cours de l'opération une hémorrhagie mortelle, que ces faits plaident encore davantage contre cette voie opératoire. Il m'a suffi d'un cas pour fixer mon jugement à cet égard et il ne m'arrivera plus jamais, dans quelque circons-

tance que ce soit, d'attaquer une grossesse sous-péritonéale par le vagin. Je tiens à donner en détail l'observation telle qu'elle fut publiée dans le *Medical Times and Gazette* de 1873.

Le 16 juillet 1873, je fus appelé par le Dr *Call Weddell*, de Bloomsbury, pour voir en consultation avec lui Mme T., âgée de 32 ans, qui souffrait depuis quelque temps de symptômes anormaux, inquiétants. Elle avait eu un enfant neuf ans auparavant et depuis quelques mois elle se croyait de nouveau enceinte. Quelques jours avant que je la voie, elle avait eu des symptômes fébriles et son état s'était aggravé. Une tumeur en forme de croissant occupait le bassin et la fosse iliaque ; le palper ne donnait aucune indication spéciale sur sa nature ; à l'auscultation on percevait, sur un espace d'environ un demi pouce de diamètre et situé à environ un pouce au-dessous de l'ombilic, un bruit distinct, qui devenait plus intense à mesure que la pression du stéthoscope augmentait.

L'examen par le vagin révélait une tumeur derrière l'utérus, occupant tout l'espace libre, immobile et donnant une sensation molle particulière au toucher. L'utérus mesurait 4 pouces pour sa cavité, et il présentait tous les caractères particuliers à un accident de fausse couche récente, qui serait survenue dans le cours du 3<sup>e</sup> ou du 4<sup>e</sup> mois. Il était mobile sur la tumeur dans une étendue limitée, le fond de l'organe était en antéversion et on le percevait facilement au-dessus du pubis. À l'examen par le rectum je sentis quelque chose, que je crus reconnaître pour le genou d'un enfant et en plus un bord du placenta.

Le 17 juillet l'état de la malade s'était manifestement aggravé, et on ne pouvait différer plus longtemps l'intervention. Elle fut chloroformée ; j'introduisis dans la tumeur rétro-utérine l'aiguille d'un aspirateur et je pus recueillir quelques onces de liquide, qui sans qu'il y eût de doute possible fut reconnu pour du liquide amniotique. Le diagnostic étant ainsi confirmé, j'introduisis un bistouri en me servant de l'aiguille comme conducteur et j'arrivai ainsi de suite sur le genou d'un fœtus. J'élargis l'incision et je pus extraire un enfant d'environ 8 mois, qui était évidemment mort depuis quelque temps. Aussitôt après l'extraction du fœtus, j'introduisis ma main dans l'ouverture et je cherchai le placenta, que je trouvai situé en avant ; je constatai aussi que la poche avait été rompue à sa partie supérieure et que quelques anses intestinales s'y étaient introduites. Je n'éprouvai aucune difficulté à détacher le placenta et il ne me sembla pas qu'une hémorrhagie pût en résulter. Il pesait près de 3 livres et il était très dur et charnu. La malade se remit fort bien de l'anesthésie, mais elle succomba en quelques heures.

Je dois à l'obligeance de MM. les docteurs *Sawyer* et *Weddell* les notes suivantes sur les résultats fournis par l'autopsie.



Il existait une grande quantité de caillots sanguins au milieu des anses intestinales. L'utérus était augmenté de volume et déplacé, car il était tellement dévié à gauche que son bord droit correspondait à la ligne médiane et projeté tellement en avant que son fond s'appuyait sur la symphyse pubienne. La poche était assez volumineuse pour contenir les deux poings fermés et elle était limitée par l'utérus et le vagin en avant et par le rectum et le sacrum en arrière, sa plus grande moitié s'étendant à droite de la ligne médiane. La poche était largement rompue, et les intestins grêles pénétraient librement dans sa cavité.

Il se dégage de cette observation et de son issue fatale trois conclusions :

1° Nous ne devons pas différer l'intervention, dès que l'enfant est arrivé à terme ou dès qu'il a succombé ;

2° La laparotomie doit toujours être préférée à l'incision vaginale, car elle constitue un procédé plus scientifique et moins dangereux ;

3° Le placenta ne doit pas être enlevé ; il faut le laisser en place jusqu'à ce qu'il s'élimine de lui-même.

Cette leçon m'a profité et depuis j'ai opéré un cas avec plein succès. Dans le cas auquel je fais allusion la tentation d'enlever l'enfant par la voie vaginale était grande, car le doigt qui touchait le sentait aussi bien que s'il n'en avait été séparé que par la muqueuse vaginale ; en fait, il n'y avait pas grand'chose d'autre qui l'en séparât. Il semblait qu'il suffirait d'une petite entaille dans la muqueuse et il est évident, d'après les observations publiées, que plusieurs opérateurs ont succombé à la tentation dans des conditions semblables.

Mais l'opération pratiquée ainsi constitue une faute grave, pour les raisons suivantes. En premier lieu, comme le point d'insertion du placenta est toujours situé dans la cavité pelvienne, l'enfant ne peut être extrait sans léser des tissus, parmi lesquels de larges sinus veineux se sont développés anormalement ; l'extraction est alors très difficile et elle n'a lieu le plus souvent qu'aux dépens de la vie du fœtus ; de plus, après la rupture presque forcée des vaisseaux, il est impossible d'al-

ler à leur recherche, de constater d'où provient l'hémorrhagie et d'y porter remède.

Un cas qui rend bien compte des difficultés que l'on rencontre pour extraire l'enfant dans ces circonstances, est rapporté dans l'une des deux seules observations connues dont j'ai déjà parlé et où l'enfant fut extrait vivant.

Une femme, en travail depuis quatre jours, était épuisée par ses efforts stériles. On ne pouvait trouver aucun orifice utérin, quoique la tête fœtale fût sentie facilement dans le vagin. On pratiqua une incision de 5 à 6 pouces de long, faite dans la paroi vaginale postérieure. Le liquide amniotique s'écoula et la main fut introduite dans la poche pour extraire le fœtus ; l'extraction ne put néanmoins être effectuée quoique la paroi abdominale fût comprimée par un assistant ; l'accouchement dut être terminé par le forceps et, quoique l'enfant fût au moment de l'extraction en état de mort apparente, il put être rappelé à la vie. L'opération ne fut accompagnée que par une légère hémorrhagie et peu de douleurs ; deux semaines après la femme commença à sortir et on ne percevait plus aucune trace de l'incision dans le vagin (1).

L'ouverture de la cavité péritonéale par le vagin est une méthode qui ne donne aucune garantie au point de vue de l'antisepsie, elle n'offre aucun avantage sur la section sus-pubienne, et présente par contre bien des inconvénients.

Le Dr *Hermann* a très bien résumé la question en une série de conclusions que je tiens à reproduire ici, tout en faisant remarquer que, dans les quatre premières, il donne des indications qui peuvent contribuer à la confusion habituelle au sujet de la période de rupture et de ce qui se produit à ce moment. Dans les paragraphes 5, 6 et 7, il énumère des arguments absolument contraires, suivant moi, à l'opération vaginale, car après la mort du fœtus (et la plupart des cas se présenteront après cet accident), il est complètement impossible de déterminer le point où est inséré le placenta, et c'est à grand peine qu'on arrive à le préciser avec quelque certitude lorsque l'enfant est encore vivant. Il m'est arrivé deux fois de ne pouvoir découvrir le point de son insertion,

(1) *Medical and Surgical Review*, vol. II, p. 142.



même en ayant les mains dans la poche fœtale. Je suis donc d'avis que les accoucheurs les plus habiles ne peuvent arriver à préciser la présentation d'un fœtus ectopique avant que la poche soit ouverte; du moins j'ai vu une fois un homme d'une grande expérience se tromper absolument dans ce cas.

Les conclusions du D<sup>r</sup> *Hermann* sont les suivantes :

1) L'ouverture précoce d'une poche fœtale de grossesse extra-utérine par la voie vaginale, avant que la rupture se soit produite, à l'aide du thermocautère ou par un autre instrument, est un procédé dangereux et peu scientifique. La laparotomie doit toujours lui être préférée.

2) Au moment de la rupture, lorsque l'intervention a pour but d'arrêter l'hémorragie, la laparotomie est encore préférable à l'incision vaginale.

3) Lorsque la rupture a eu lieu, et que l'épanchement sanguin est suivi d'élévation de température, les indications pour l'incision de la poche par le vagin sont les mêmes que dans les cas d'hématocele, due à toute autre cause.

4) Après le terme de la grossesse, avant que la suppuration soit survenue, il peut se présenter des conditions spéciales qui pourront faire préférer l'incision vaginale à la laparotomie. Ces conditions sont les deux suivantes :

5) Lorsque le fœtus se présente par la tête, le siège ou un pied, de manière que l'on puisse l'extraire sans devoir changer sa position; et

6) Lorsqu'il est tout à fait évident, d'après la minceur de la partie, séparant la partie, qui se présente, du conduit vaginal, que le placenta n'est pas inséré sur cette face de la poche, et qu'il n'est pas certain que le placenta n'est pas attaché à la paroi abdominale antérieure.

7) Enfin, si l'enfant ne peut être extrait par le vagin sans pratiquer la version, la laparotomie doit être préférée.

Dans leur ensemble ces conclusions peuvent être regar-

dées comme absolument opposées à l'opération par la voie vaginales.

*Parry* a réuni un certain nombre de cas, dont il tire la conclusion que, dans soixante-quinze pour cent des cas qui arrivent à terme (c'est-à-dire, d'après mes idées, des cas qui survivent à la rupture primaire et se développent en dehors du péritoine), les malades meurent *au moment du terme* ou *bientôt après* (si elles ne succombent pas à l'intervention chirurgicale), tandis que celles qui succombent à des périodes plus tardives sont en nombre beaucoup plus faible.

Je n'ai pas contrôlé les faits sur lesquels il base ses conclusions, car je ne pense pas qu'ils aient grande importance. Je suis porté à croire que beaucoup de ces femmes ne viendront pas réclamer notre assistance jusqu'à ce que, ayant dépassé le moment de leur accouchement et ne sentant plus remuer leur enfant, elles supposent bien qu'il se passe quelque chose d'anormal. A ce moment il ne peut plus être question d'autre chose que de débarrasser la femme d'un fardeau dangereux. Si l'enfant est vivant, un effort doit, d'après moi, être fait pour le sauver. D'ailleurs, que le produit soit mort ou vivant, l'intervention opératoire devra être la même, et la première partie de l'opération ne diffère de la technique ordinaire d'une simple laparotomie que par une particularité — c'est que l'incision ne doit pas être faite sur la ligne médiane, car il faut éviter d'ouvrir le péritoine. En somme l'opération ne sera pas une laparotomie dans le sens strict de la définition que j'ai adoptée.

Ce fait a été la cause d'une grande confusion de la part de critiques malveillants, dont les attaques ne méritent pas autre chose qu'une mention, sans longues explications.

Pour comprendre les motifs qui nous engagent à éviter l'incision abdominale ordinaire dans les cas de grossesse ectopique, nous devons nous reporter aux explications déjà données sur le processus de la rupture, et les idées que j'ai



avancées, que toutes les grossesses ectopiques arrivant à terme se sont développées dans le ligament large, et par conséquent en dehors du péritoine. En effet, à mesure qu'elle augmente de volume, la poche fœtale écarte les feuilletts du ligament, et finalement elle soulève lentement le péritoine en dehors de la cavité de *Douglas*, le long du rectum, sur les côtés et au détroit supérieur du bassin, sur la face postérieure de l'utérus et sur les faces postérieure et latérales des parois abdominales inférieures, jusqu'au niveau correspondant aux cornes de l'utérus de chaque côté.

De ces changements de rapports il résulte que le niveau des culs-de-sac péritonéaux postérieurs et latéraux remonte beaucoup plus haut, tandis que le cul-de-sac vésico-utérin n'est pas modifié et reste comme une longue poche vide, se continuant depuis la face antérieure de la poche fœtale jusque sur la base de la vessie. Cette curieuse modification dans les rapports péritonéaux est très analogue à celle que nous rencontrons constamment dans les cas de kystes du ligament large; seulement, dans ce cas, l'arrangement est moins systématique, mais l'explication est dans les deux cas bien simple.

Le péritoine se laisse très facilement séparer des organes qu'il enveloppe, pourvu qu'il soit soumis à une action lente et continue. Par conséquent le développement de l'œuf soulèvera facilement le péritoine, tant que l'effort agit en ligne directe; mais dès que la puissance agit indirectement, et ceci arrive au moment où le sommet de l'utérus est atteint, le soulèvement du péritoine cesse et il se produit la forme tubulaire habituelle. Comme la croissance de l'œuf n'est pas tout à fait symétrique, cette tumeur est tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, d'autres fois sur la ligne médiane et c'est pour cette raison que quelques-unes de mes opérations pour gestation ectopique, arrivée à terme, ont été de véritables sections abdominales, tandis que d'autres ne peuvent être appelées de ce nom. C'est

pour cette raison aussi, que dans ces cas l'incision doit être faite non pas sur la ligne médiane, mais bien sur un des côtés.

Ce curieux soulèvement du péritoine peut naturellement être interrompu par une *rupture secondaire* de la poche dans la cavité péritonéale et plusieurs modifications bien constatées, telles que l'adhérence du placenta aux anses intestinales, sont dues uniquement à cette cause.

Nous pouvons aussi rencontrer ce que j'ai déjà indiqué comme une possibilité, le fait que la rupture primaire dans le péritoine d'une grossesse tubaire, arrivée à la douzième semaine ne soit fatale ni à la mère, ni à l'enfant, mais que l'œuf continue son développement dans la cavité péritonéale. Je regarde cette éventualité comme très peu probable et comme non encore démontrée.

Le soulèvement de la séreuse péritonéale explique aussi l'adhérence intime que la poche fœtale contracte toujours avec la paroi postérieure de l'utérus.

**Recherches de MM. Hart et Carter.** — Ce qui, de ma part, n'était à l'origine qu'une simple explication théorique des rapports anormaux du péritoine a été démontré comme fait indiscutable par les heureuses recherches du D<sup>r</sup> *Barry Hart*, d'Edimbourg, sur les cadavres de deux femmes porteuses de grossesse ectopique. Les corps furent congelés et des coupes furent exécutées; elles ont été décrites avec si grand soin par le D<sup>r</sup> *Hart* et M. *Carter*, que je ne puis faire mieux que de reproduire leurs observations originales. Je dois témoigner en même temps ma gratitude à ces messieurs ainsi qu'aux propriétaires de l'*Edinburgh Medical Journal* pour la permission de reproduire les excellentes gravures, qui aideront considérablement mes lecteurs dans la compréhension des organes et des parties décrites.

Dans la première pièce, la grossesse était arrivée entre le 4<sup>e</sup> et le 5<sup>e</sup> mois. Le D<sup>r</sup> *Hart* vit la malade pour la première fois à l'infirmerie