

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 feuillettes 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'Édimbourg, 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



royale; il constata à ce moment une tumeur du volume d'une noix de coco, située dans le ligament large droit, s'étendant de la crête iliaque droite jusque dans l'espace recto-vaginal, qui bombait d'une façon manifeste. L'utérus était dévié à gauche et atteignait le volume d'une grossesse de deux mois. D'après l'histoire de la malade, amenorrhée depuis 5 mois, sensations douloureuses ou de défaillance depuis cette époque, il n'était pas difficile d'arriver à la conclusion qu'on avait affaire à une grossesse extra-utérine, s'étant développée entre les feuillets du ligament large. Deux jours plus tard, la malade tombait dans le collapsus évidemment par rupture de la poche suivie d'hémorragie interne. 8 heures plus tard, lorsqu'elle se fut un peu remise, on fit une incision abdomi-



Fig. 66. — Grossesse dans le ligament large droit, coupe sagittale, côté droit. Amn, cavité amniotique — Ovary, ovaire — Lev, releveur de l'anus — am, amnios, (d'après HART et BARBOUR).

nale pour voir ce que l'on pourrait tenter. Le sang s'écoula dès que le péritoine fut incisé et, en introduisant les doigts, on découvrit une profonde déchirure à travers le feuillet postérieur du ligament large; l'enlèvement de la poche était d'autant plus impossible qu'elle s'était développée profondément entre le rectum et le vagin. On referma par conséquent l'abdomen; la malade succomba environ 40 heures après.

A l'autopsie, qui fut faite par le D<sup>r</sup> Bruce, tout le bassin osseux fut enlevé avec son contenu, et congelé de façon à conserver les rapports des organes, ce qui eût été impossible si on les eût enlevés du bassin comme on le fait habituellement.

Le bassin, une fois congelé, fut scié selon les plans médian, sagittal

latéral droit et latéral gauche, de manière à faire voir sur les coupes l'utérus et la poche fœtale.

Les points les plus importants à noter sont les suivants:

Sur la ligne médiane le fœtus et le placenta sont contenus dans un espace, limité en haut par le feuillet du ligament large et en bas par les tissus périrectaux. Le placenta est inséré à la surface interne de la trompe et du ligament large, le fœtus étant couché au-dessous. La dimension verticale est de 4,10 centimètres, la transversale de 8,7. Une coupe semblable, faite à gauche de la ligne médiane, représente l'utérus augmenté de volume et un hématocele situé entre le péritoine et le rectum. La rupture s'est produite à travers le feuillet postérieur du ligament et elle est située assez profondément.

L'utérus mesure 10 centimètres dans son diamètre vertical, il a une caduque bien marquée et la partie la plus déclive du cul-de-sac vésico-utérin est seulement éloignée de 5 centimètres du fond. La trompe et

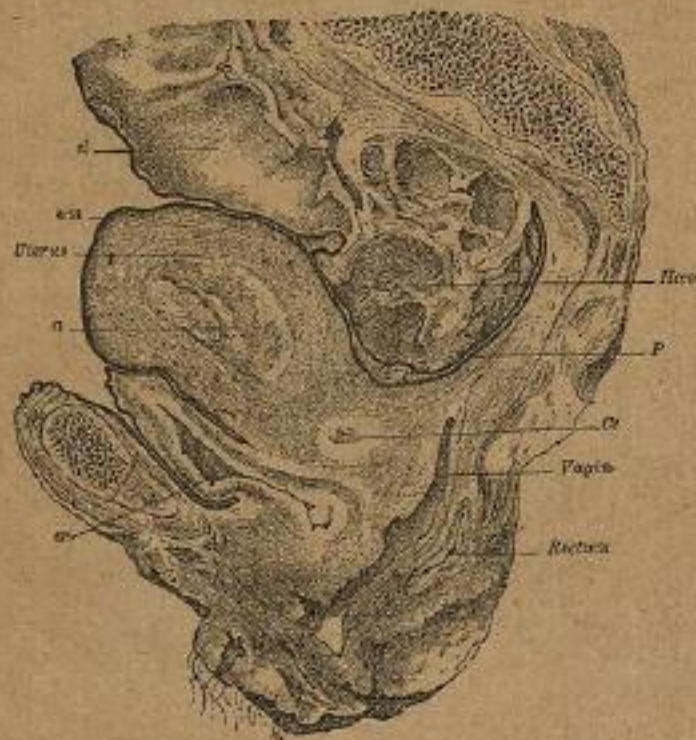


Fig. 67. — Coupe sagittale du même bassin avec l'utérus et la caduque. On voit que ce que l'on appelle hématocele rétro-utérine peut fort bien être un hématocele. Hem, hématocele — P, cul-de-sac de Douglas — Ce, canal cervical — er, vessie — a, caduque — am, péritoine — et, Intestin (d'après HART et BARBOUR).

l'ovaire gauche sont intacts. Par conséquent cette pièce démontre que la grossesse, d'origine tubaire, s'est développée plus tard entre les feuillets du ligament large et dans les tissus connectifs entre le péritoine et le rectum. Elle était ainsi entièrement située en dehors du péritoine, jusqu'au moment de sa rupture dans la cavité abdominale.



La description donnée ici par les auteurs établit le processus de rupture primaire dans la cavité du ligament large, théorie à l'appui de laquelle j'ai déjà donné de si nombreux arguments, pour expliquer la variété sous-péritonéo-pelvienne de *Dezimeris*. La mort survint dans le cas qui nous occupe par *rupture secondaire* dans la cavité péritonéale, accident que j'ai déjà décrit comme étant survenu dans le cas de *Nonat*. Si l'opérateur avait été assez hardi pour terminer son opération, qu'il eût ouvert la poche et qu'il l'eût nettoyée à l'aide d'un styptique de la façon que j'ai déjà décrite, il eût obtenu, je pense, un résultat final plus satisfaisant. La terminaison malheureuse de ce cas est, en quelque sorte, compensée par la lumière qu'il a apportée dans l'étude de la pathologie des grossesses ectopiques.

La seconde pièce provient d'une femme âgée de 33 ans, petite et très émaciée, qui était supposée avoir une grossesse arrivée au delà du terme normal; les renseignements furent fort incomplets, car elle était très misérable. L'extérieur offrait l'apparence d'une simple grossesse de multipare, sans état variqueux du système veineux.

A la salle de dissection, les extrémités furent séparées, le tronc et la tête, après avoir été soumis à la congélation au moyen de glace et de sel, furent sciés en séries de coupes médianes et latérales au nombre de six, chacune d'environ 1 pouce 1/2 d'épaisseur. Pour plus de commodité ces coupes seront désignées comme 1 D, 2 D, 3 D, et 1 G, 2 G, 3 G, en les numérotant de droite à gauche en suivant.

Pour la section sagittale du milieu la scie passa presque exactement par le plan médian du corps. Il n'y a rien de particulier à mentionner sur le cerveau, la tête et la nuque, les coupes présentant pour ces parties les apparences habituelles.

En décrivant la poche fœtale et son contenu nous essayerons d'éviter des détails trop minutieux. Le premier point important à déterminer est d'établir les rapports de la poche avec le revêtement péritonéal. Pour simplifier la question nous dirons de suite qu'il est un fait parfaitement démontré par les coupes, c'est que la grossesse est située entièrement en dehors du péritoine et que le fœtus et le placenta sont enfouis dans les tissus connectifs extra-péritonéaux. La poche fœtale et son contenu, qui occupe une grande partie de la cavité abdominale, s'élève jusqu'au niveau supérieur de la seconde vertèbre lombaire et elle s'étend davantage dans la moitié droite des coupes en repoussant les intestins en haut et à

gauche. En avant la tumeur est séparée en haut de la paroi abdominale par le grand épiploon, tandis qu'en bas sa paroi antérieure est formée par l'utérus; en arrière elle est séparée de la paroi abdominale postérieure par un double feuillet de péritoine.

L'utérus est très augmenté de volume, son fond arrivant au niveau du bord supérieur de la première vertèbre sacrée. Il était repoussé à gauche, car on n'en trouve plus trace sur la coupe droite la plus externe. Le péritoine a été entièrement repoussé de la face postérieure et de la partie supérieure de la face antérieure de l'utérus, et de son fond partent des brides qui le rattachent à la surface supérieure du sac fœtal. Sur le côté gauche de l'utérus un mince pli de péritoine renferme la trompe et l'ovaire gauches.

La trompe gauche se dirige obliquement et en bas en partant de la

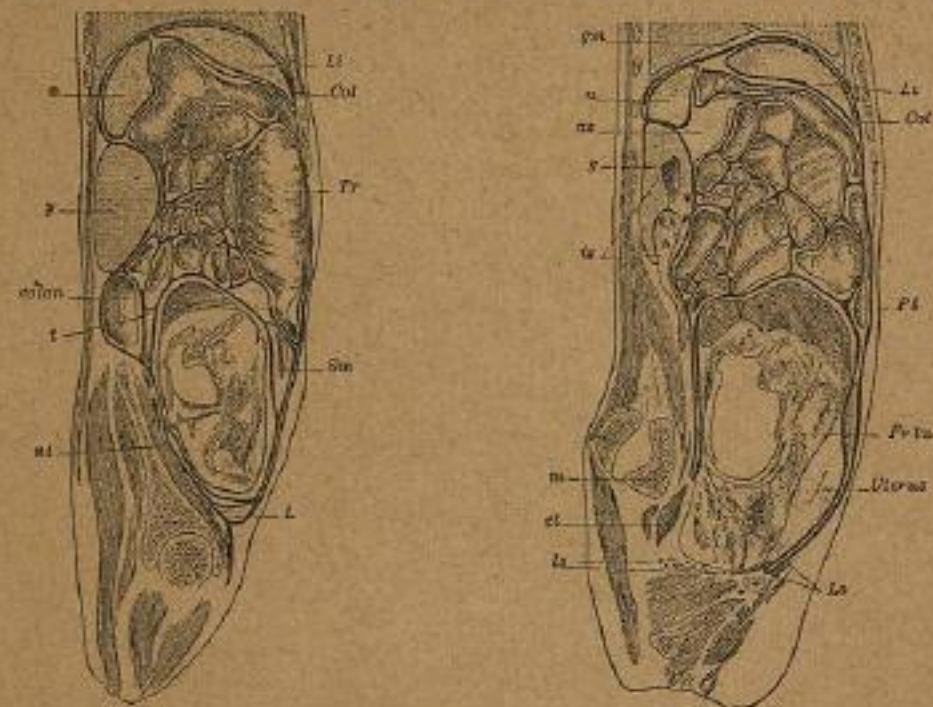


Fig. 68 et 69. — Coupe sagittales latérales du même cadavre que la figure 70.

Fig. 68. Li, foie — Col, colon — Tr, colon transverse — Sm, Intestin grêle — L, ovaire gauche — nt, ligament rond — i, poche sanguine — y, rein — u, rate.

Fig. 69. Li, foie — Col, colon — Pl, placenta — Lo, repli péritonéal — ls, vaisseaux — el, intestin — m, Sacrum — y, rein — is, bassin et urètre distendus — as, pancréas — u, rate — gm, diaphragme (d'après HART et CARTER).

corne gauche, son extrémité frangée est attachée à la tumeur. L'ovaire gauche fut trouvé au-dessous de la trompe de Fallope et au-dessous de la surface de la capsule; on le voit sur la section latérale gauche dans l'angle entre la paroi abdominale et la fosse iliaque gauche. Le calibre de vaisseaux ovariens était considérablement augmenté.

La trompe de Fallope et l'ovaire droits ne purent pas être retrouvés, car ils faisaient partie ou ils avaient été entraînés par la poche.



Comme les surfaces péritonéales étaient plus ou moins adhérentes, le tracé des rapports généraux de cette séreuse a exigé le plus grand soin. Sur la ligne médiane on le voit qui, de la surface interne de la paroi abdominale antérieure, se réfléchit sur la face de l'utérus au niveau du pubis; la vessie est située au-dessous de la ligne de réflexion et elle est ainsi complètement dépourvue de son revêtement séreux. La face antérieure de l'utérus volumineux est recouverte sur une petite étendue, puis

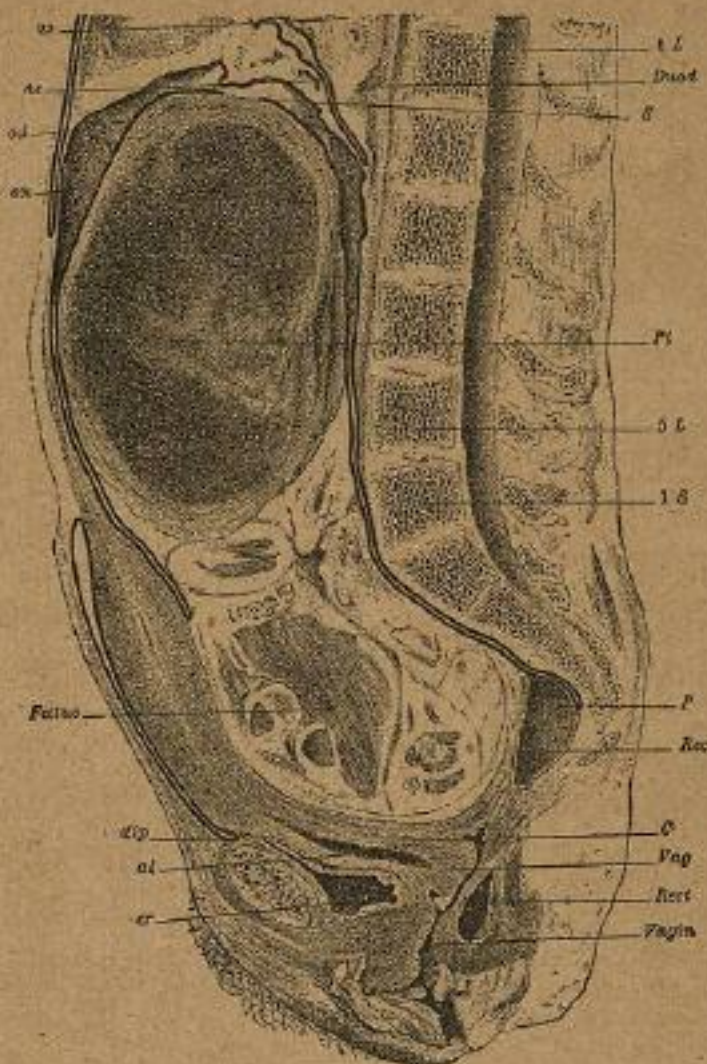


Fig. 70. — Grossesse extra-utérine avancée, sous-péritonéo-abdominale. 1 L, 4<sup>me</sup> vertèbre lombaire — 1 S, première sacrée — P, cal-de-sac de Douglas — Rect, rectum — C, col utérin — Vag, vagin — cr, vessie — al, canal cervical — ou, gaz de décomposition — od, épanchement sanguin — ne, intestin grêle — ou, tête du pancréas (d'après HART et BANNOCK).

le péritoine passe sur la poche foetale, tandis qu'une certaine portion de l'utérus reste libre, et dépourvue de séreuse. On voit alors que la tumeur foetale est recouverte sur ses faces antérieure et supérieure; puis en arrière la séreuse se réfléchit sur le rectum au niveau de la quatrième vertèbre sacrée. Du côté gauche le péritoine part de la fosse ilia-

que gauche, recouvre une petite portion de la moitié supérieure du corps de l'utérus, passe de celui-ci sur la capsule en formant un pli, dans lequel sont logés la trompe et l'ovaire gauches.

Les rapports du péritoine avec les autres organes ne donnent pas lieu à des remarques spéciales. Du côté droit, le péritoine est soulevé. Le fœtus s'est ainsi développé au-dessous du péritoine, en soulevant et effaçant les plis du ligament large à mesure qu'il les distendait, puis il détachait le péritoine du côté droit de la paroi abdominale antérieure jusqu'à une hauteur de 7 pouces  $\frac{5}{8}$  au-dessus du détroit supérieur.

En arrière, la partie la plus déclive de la cavité de Douglas arrivait au niveau de la quatrième ou cinquième vertèbre sacrée. La tumeur foetale occupait donc les régions hypogastrique, ombilicale, lombaire et inguinale droites.

La poche pouvait être étudiée sur les coupes dans tous ses rapports. L'examen microscopique de ses parois a été fait sur différents points: ainsi à sa partie la plus élevée et aussi à la paroi abdominale antérieure au-dessous du lieu de réflexion du péritoine. Dans la première préparation, on trouva le péritoine et des fibres musculaires lisses, démontrant ainsi l'origine tubaire; dans la seconde, on rencontra du tissu conjonctif. La capsule était ainsi formée principalement par du tissu conjonctif, recouverte en dehors par les membranes spéciales déplacées — soit par la paroi abdominale musculaire, soit par le péritoine.

On pratiqua encore la dissection profonde du côté droit du corps et on trouva le cœcum et le péritoine déplacés et soulevés en haut.

**Utérus.** — Le canal cervical contenait un bouchon de mucus, et, dans la cavité aplatie du corps, on rencontra une petite quantité de tissu désorganisé. Le fœtus est situé au-dessous du placenta et entre l'utérus en avant et la paroi abdominale en arrière. On voit qu'il est enfermé avec son placenta dans une membrane distincte.

Le **placenta** consiste en une masse de tissu aplatie et de forme ovale, située dans la cavité abdominale, en dehors du péritoine et reposant sur le fœtus.

Son axe longitudinal est dirigé de haut en bas, et sur la coupe médiane on voit que son bord supérieur correspond au sommet de la seconde vertèbre lombaire et son bord inférieur arrive légèrement au-dessous du bord supérieur de la première vertèbre sacrée. Il est attaché à la face interne de la paroi abdominale antérieure. A son lieu d'insertion sur cette paroi les veines ont subi une augmentation notable de leur volume. Son axe longitudinal mesure 13 cent. 5 et son diamètre antéro-postérieur est de 7 cent. 5. Il existe autour de lui une mince enveloppe de tissu conjonctif et il est rattaché sur quelques points, spécialement en avant et en haut, à la capsule par des brides de tissu très vascularisé. Dans les coupes provenant du côté droit, on trouve une cavité entre la capsule et le placenta, cavité renfermant une certaine quantité de caillots sanguins et



des gaz de décomposition, dont la position correspond à une ecchymose cutanée bien définie, située sur la paroi abdominale antérieure, comme si la malade avait reçu un coup ou fait une chute sur cet endroit. Le fœtus pesait 2 livres et 4 onces sans le cordon ombilical. Il était bien développé, mais on remarquait un commencement de décomposition, spécialement à la partie inférieure de l'abdomen.

L'examen de ces deux coupes nous démontre par conséquent un mode spécial de développement d'une gestation extra-utérine. Elles nous démontrent clairement qu'une grossesse tubaire peut se développer entre les feuillets du ligament large, et peut continuer à se développer en dehors de la cavité péritonéale, en détachant la séreuse de l'utérus, de la vessie, de tout le plancher pelvien, jusqu'à ce que la poche fœtale se trouve absolument coiffée d'une enveloppe péritonéale, provenant de ces différents organes. Tout ceci s'accomplit sans qu'il se produise aucune rupture intra-péritonéale.

Dans le cas de grossesse avancée, le lieu d'insertion du placenta se trouve en avant, sur le tissu conjonctif extra-péritonéal, les veines sont alors plus volumineuses à cet endroit et elles fonctionnent comme les veines utérines. Dans notre cas spécial, la grossesse débuta probablement dans la trompe de Fallope droite, puis elle se développa entre les feuillets du ligament large, elle grandit en restant en dehors du péritoine et en soulevant cette séreuse sur tout le côté droit à partir de la ligne médiane, en avant et en arrière, dénudant aussi toute la paroi postérieure et la partie supérieure de la paroi antérieure de l'utérus. Le tissu extra-péritonéal et ses vaisseaux sanguins est donc non seulement capable de former des anastomoses dans les cas d'anévrisme abdominal, ainsi que *Turner* et *Chiene* l'ont démontré, mais il peut encore remplir les fonctions de surface maternelle du placenta.

Nous rencontrons ici ce que nous pouvons appeler une *migration lente du placenta*. Situé à l'origine dans la trompe de Fallope, il a été par la croissance de l'œuf lentement repoussé de la cavité pelvienne dans la cavité abdominale (processus qui est accompagné d'extravasation sanguine), jusqu'à ce que son bord supérieur devienne distant de plus de 30 cent. de son siège primitif. Il est évident qu'une partie de ce déplacement est due à sa croissance propre. Mais l'utérus aussi a pour la même raison subi un allongement de sa portion cervicale de plus de 3 pouces.

Nos coupes apportent en plus une importante contribution à la classification des grossesses extra-utérines. On a beaucoup écrit sur ce sujet, mais bien peu de choses ont été réellement démontrées. La variété *tubaire* est hors de doute; la *tubo-ovarienne* a aussi été démontrée; mais la *forme ovarienne* est une variété très discutée. La variété sous-péritonéo-pelvienne ou intra-ligamentaire de *Dezimeris*, *Tait* et *Werth* est démontrée dans notre second spécimen, qui montre aussi l'ovaire

aminci sur le feuillet postérieur du ligament large. La présence du tissu ovarien dans la paroi du kyste d'une grossesse extra-utérine a été présentée comme une preuve évidente de son origine ovarienne: elle démontre plus probablement la variété sous-péritonéo-pelvienne.

L'intérêt principal porte sur la nature anatomique de la grossesse abdominale. Notre second cas montre qu'elle peut être extra-péritonéale, fait qui jusqu'ici n'avait jamais été démontré, quoiqu'il fût énergiquement affirmé par *Tait*. Nous ne nions pas du tout que nous puissions rencontrer des variétés partiellement extra et intra-péritonéales, ou une variété entièrement intra-péritonéale, mais pour le moment nous en attendons encore les preuves.

Si l'on nous objecte qu'une forme purement intra-péritonéale doit exister parce que l'on a trouvé le placenta attaché à l'utérus ou aux intestins, nous répondrons que, sur notre cadavre, le placenta s'insérait sur la partie de la paroi utérine, d'où le péritoine avait été détaché; il aurait même pu être attaché à d'autres viscères abdominaux et avoir repoussé devant lui un feuillet du péritoine et pour cette raison être encore extra-péritonéal. Par conséquent nous pensons que les variétés suivantes ont été démontrées: — *tubaire*, *tubo-ovarienne*, *sous-péritonéo-pelvienne* et *sous-péritonéo-abdominale*.

Une variété abdominale, en partie intra-péritonéale et en partie extra-péritonéale, est probable, une variété intra-péritonéale pure reste encore à démontrer, et il en est de même de la variété ovarienne.

Jusqu'ici nous avons toujours regardé la cavité péritonéale comme le siège de prédilection de la grossesse extra-utérine, mais à présent nous devons, en présence de cas comme celui-ci, être plus réservés et examiner chaque préparation avec le plus grand soin.

J'ai indiqué en lettres italiques deux phrases de cette observation. La première se rapporte au fait que la trompe de Fallope et l'ovaire droits ne peuvent pas être retrouvés, ayant été entraînés par la poche fœtale. Ainsi que le conclut le *D<sup>r</sup> Barry Hart*, ceci indique clairement, comme je l'ai affirmé il y a quelques années, qu'une grossesse comme celle-ci est bien d'origine tubaire. Le fait du soulèvement de la trompe, qui arrive ainsi à constituer la partie supérieure du kyste, est dû à ce que la rupture à travers laquelle l'œuf s'échappa dans le ligament large se produisit dans cette partie de la trompe, qui correspond à la jonction des deux feuillets péritonéaux. Le second point, digne de considération, est que même dans ce dernier cas la décomposition du fœtus



avait déjà commencé, et que par conséquent si la femme, au lieu d'arriver directement à la salle de dissection, eût été reçue dans une salle d'hôpital, une intervention chirurgicale immédiate aurait été absolument indiquée.

Le docteur *James Braithwaite*, de Leeds, a publié deux cas opérés par lui avec plein succès et pour lesquels il donne des détails si intéressants (1), et dont tous confirment si directement les opinions que j'ai avancées dans les pages précédentes, que je ne puis résister à l'envie de les citer tout au long.

Dans le premier cas il avait existé des symptômes de rupture primaire pendant le troisième mois de la grossesse, mais la femme ne fut opérée qu'une quinzaine de jours environ après un travail laborieux, qui survint au terme final de la grossesse. L'opération eut lieu le 5 mai 1883.

Cas n° I. — L'incision fut faite sur la ligne médiane. On ne rencontra pas de péritoine et la poche adhérait intimement aux parois abdominales. L'enfant fut extrait par les pieds, mais il se trouva être si volumineux, qu'il fut nécessaire de prolonger l'incision primitive en haut sur environ un pouce de longueur. Malheureusement cette dernière incision ouvrit la cavité abdominale et l'on vit apparaître une anse intestinale à l'angle supérieur de la plaie. La poche fut de suite réunie avec le plus grand soin au bord inférieur de l'incision à l'aide d'une suture en surjet au catgut.

Le point d'insertion du placenta était situé profondément et il ne pouvait être reconnu d'une manière positive. Les parois de la poche fœtale étaient très épaisses, déjà noircies par la décomposition et tapissées d'une membrane lisse (l'amnios) qui déjà se détachait. Après lavage de la cavité avec une solution phéniquée chaude, l'incision fut fermée au fil d'argent, mais en laissant sortir le cordon par l'angle inférieur de la plaie. Un gros tube à drainage en verre fut aussi placé dans la cavité.

Pendant les 3 semaines qui suivirent l'opération, tout le placenta fut éliminé par cette ouverture de la plaie. La paroi du kyste vint aussi et je pus reconnaître le catgut que j'avais employé pour suturer l'angle supérieur de la plaie abdominale. Une grande partie de cette masse noire et putride fut retirée par des tractions journalières, néanmoins on devait y procéder avec la plus grande prudence, car l'hémorrhagie survenait très facilement. Dès que la totalité du placenta et de la poche fut éliminée, la plaie se referma rapidement et la malade eut une guérison excellente,

(1) *British Medical Journal*, 3 janvier 1885.

quoiqu'elle fut lentement obtenue; elle est actuellement aussi bien portante qu'avant sa maladie.

Il est probable que dans ce cas le prolongement de l'incision avait ouvert le « cul-de-sac en doigt de gant du péritoine » plutôt qu'il n'avait séparé la paroi du kyste.

Cas n° II. — Madame W. de Holbeck est une malade du Dr *Dodson*, avec lequel je la vis en septembre de l'année dernière. Agée de 35 ans, elle est mariée depuis dix ans, mais elle n'a jamais été enceinte jusqu'à ce moment. Sa menstruation a toujours été régulière et normale; les dernières règles datent du 15 octobre 1883.

Le 3 décembre, n'étant plus réglée depuis 7 semaines, elle se trouva mal à l'aise et ressentit en même temps, pour employer sa propre expression, « une douleur très violente » dans le ventre. Les symptômes furent ceux que l'on rencontre au moment d'une rupture de la grossesse tubaire au début, douleurs et défaillance. Elle se remit de cet accident, mais l'abdomen continua à augmenter progressivement de volume, comme dans une grossesse normale.

A la fin du mois d'août survint une perte sanguinolente et par conséquent cette époque peut être regardée comme le moment où serait survenu le travail, si la grossesse eût été utérine. Néanmoins dès la fin de la première semaine d'août les mouvements du fœtus ne furent plus perçus.

En examinant l'abdomen, les contours de l'enfant ne pouvaient pas être reconnus comme dans le cas précédent, car un corps épais s'interposait, que l'on reconnut plus tard être le placenta. Ceci augmenta considérablement la difficulté du diagnostic. Dans la région inguinale droite il existait une partie proéminente qui ressemblait beaucoup à un pied. On ne percevait ni bruits, ni souffles fœtaux ou placentaires. L'utérus mesurait seulement 8 à 9 centimètres et le col était bien ouvert, de sorte que le doigt arrivait sur l'orifice interne mais ne le franchissait pas. Le pouls était faible et l'état de la malade tel, qu'étant absolument certains que nous avions à faire à un cas de grossesse extra-utérine, nous décidâmes d'extraire l'enfant de suite. C'est ce qui fut fait le 11 septembre 1884, à l'hôpital des femmes et des enfants.

L'incision fut pratiquée sur la ligne médiane et, comme nous nous y attendions, nous arrivâmes directement sur le placenta, dont le bord fut trouvé néanmoins à environ deux pouces sur la droite de l'incision. Le décollement du placenta dans cette direction, exécuté avec beaucoup de soin, ne produisit pas d'hémorrhagie. On fit alors une incision perpendiculaire sur la première et le bord du placenta ayant été repoussé en arrière on put saisir le pied de l'enfant et il fut extrait sans beaucoup de



difficultés et sans que le placenta eût été déchiré ou détaché de son insertion sur les parois abdominales.

Nous ne pûmes reconnaître, au moment de l'opération, si l'enfant était enfermé dans une poche distincte, mais plus tard nous eûmes la preuve que c'était bien le cas. Il n'existait pas de veines dans les parois abdominales à l'endroit de l'insertion placentaire, excepté à l'angle inférieur de l'incision médiane. Je pris grand soin d'éviter de léser ce point : ces vaisseaux n'étaient d'ailleurs que de petit volume.

La plaie fut suturée au fil d'argent, le cordon laissé au dehors, un tube à drainage est aussi laissé dans la cavité et tous les deux furent fixés à l'extrémité droite de l'incision latérale.

Deux semaines après une tentative, faite pour détacher le placenta avec le doigt et par traction, donna lieu à une hémorrhagie et on ne la renouvela pas jusqu'à ce que l'écoulement par la fistule devint franchement purulent, c'est-à-dire après environ six semaines. La portion du placenta qui restait dans l'abdomen, car quelques petites parties seules avaient été extraites auparavant, fut séparée à ce moment avec le doigt et enlevées sans beaucoup de difficultés. Il pesait 13 onces. La malade est encore à l'hôpital, mais elle est à peu près guérie. En introduisant le doigt pour extraire le placenta, je sentis les parois de la poche qui semblaient être fermes et épaisses.

La première chose, digne de remarques dans l'histoire de ces deux cas, c'est l'apparition d'une douleur violente dans les premiers temps de la grossesse, accompagnée d'un certain degré de collapsus. Ce seul fait indique la rupture de la trompe de Fallope, dans laquelle siégeait à ce moment le fœtus ; dans le premier cas il échappa dans l'intérieur du ligament large, dans le second dans la cavité péritonéale. Je présume que l'explication de ces cas, donnée par M. Lawson Tait, est exacte, c'est-à-dire que tous ces cas sont d'origine tubaire, que la rupture de la trompe survient toujours et qu'elle peut se produire dans les différentes portions de ce canal. Si la rupture se produit à la partie inférieure de la trompe, le fœtus passe dans les plis du ligament large, il s'en trouve enveloppé et le placenta conserve son insertion sur la paroi interne de la poche tubaire ; si la trompe se rompt à sa surface supérieure le fœtus s'échappe dans la cavité péritonéale et, lorsque la mère survit à cet accident, il peut alors suivre là son développement comme il l'eût fait dans la cavité utérine.

Il me semble parfaitement clair, que dans mon second cas le placenta fut détaché de son insertion primitive et qu'il en contracta une nouvelle à la surface interne des parois abdominales. Cette insertion du placenta est rare, et je pense qu'il peut être le plus souvent diagnostiqué sans beaucoup de difficultés par l'épaisseur des tissus, interposés entre le fœtus et la main qui pratique le palper.

Le Dr R. B. Maury, de Memphis, a publié dernièrement les

détails de l'autopsie d'un cas qui confirment pleinement les conclusions de MM. Hart et Carter. Ces faits, aujourd'hui bien connus, appelleront sans aucun doute des informations plus nombreuses ; la confusion, qui régnait jusqu'à présent sur ce sujet, prendra fin.

Les organes pelviens furent enlevés avec soin et on put reconnaître alors sans aucun doute que la poche fœtale était entièrement extra-péritonéale, que la grossesse avait eu son origine dans la trompe de Fallope droite et qu'elle s'était développée entre les feuillets du ligament large, en bas jusque sur le plancher pelvien, latéralement entre les parois du bassin et en haut dans l'abdomen.

L'œuf par son développement avait soulevé le péritoine de la vessie et de la paroi intérieure de l'utérus, tandis que les rapports du péritoine avec la paroi utérine postérieure et dans la cavité de Douglas n'avaient éprouvé aucun changement.

La poche s'étendait du côté droit aux parois pelvienne et abdominale, tandis que du côté gauche elle ne dépassait pas la corne gauche de l'utérus. Au moment de l'opération on reconnut qu'elle était recouverte par le péritoine et cela fut pleinement confirmé après la mort.

Par conséquent la grossesse était entièrement extra-péritonéale et elle appartenait à la variété intra-ligamentaire de Werth, ou sous-péritonéopelvienne de Dezeimeris. Aucune trace de tissu ovarien ne put être découverte dans les parois de la poche, tandis que du côté gauche l'ovaire fut trouvé tout ratatiné et très modifié de structure en apparence.

Cette autopsie confirme l'opinion, avancée par M. Lawson Tait, que dans la grossesse extra-utérine, quel que soit l'endroit où le fœtus est retrouvé, l'origine de son développement se trouve dans la trompe de Fallope et qu'il peut devenir intra ou extra-péritonéal selon l'endroit de la rupture (1).

**Technique de l'opération de la grossesse extra-utérine arrivée à terme.** — Nous avons maintenant à examiner les détails de l'opération ayant pour but l'extraction d'un fœtus développé dans le ligament large et ayant atteint ou ayant dépassé le terme final de la gestation ; les variations sur ce dernier point n'apporteront aucune différence dans les détails essentiels du procédé opératoire.

Ainsi que je l'ai déjà dit, l'ouverture de l'abdomen et de la

(1) *Memphis Medical Monthly*, mars 1888.