

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 D<sup>r</sup> 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.

poche doit être faite latéralement et l'anamnèse, ainsi que les signes physiques, nous aideront toujours à décider de quel côté de la ligne médiane l'incision devra être pratiquée. Comme le but que l'on se propose est d'éviter l'ouverture du prolongement utérin du péritoine, on commencera l'incision à deux ou trois pouces de distance de la ligne médiane et elle se dirigera du côté où la grossesse s'est développée, si ce point peut être déterminé. Dès que la poche est ouverte, le fœtus sera extrait avec le plus grand soin, en évitant autant que possible les déchirures; s'il est vivant il doit être confié aux assistants spécialement chargés d'en prendre soin. Le cordon ombilical doit être sectionné près de son origine placentaire et l'arrière faix doit être vidé, autant que possible, du sang qu'il contient. L'intérieur de la poche sera alors nettoyé avec soin de toutes les impuretés, des membranes détachées ou flottantes, puis rempli et lavé à l'eau propre; les sutures de la plaie abdominale devront être placées de telle sorte que dès qu'elles seront serrées la poche se trouvera fermée hermétiquement.

Au moyen de mon siphon-trocart la poche sera alors lavée de nouveau à l'eau chaude, puis on serrera les sutures, pendant que le trocart (du plus petit calibre) sera encore dans la poche. L'action du siphon est alors renversée et la poche sera vidée autant que possible de l'eau qu'elle contient, puis on retire l'instrument; on prendra bien soin que l'air ne puisse pénétrer pendant cette dernière manœuvre et on fermera alors la plaie hermétiquement.

Je recommande cette manière de procéder parce qu'elle m'a fourni dans les cas de kystes congénitaux des résultats magnifiques et tout à fait différents de ceux que l'on obtient par le drainage (1). Il me semble que les conditions sont très analogues dans les deux cas, et que le succès dans l'un peut pleinement légitimer l'emploi du procédé dans l'autre. Le

(1) *Transactions of the Gynecological Society*, 1887.

point le plus difficile est naturellement l'extraction du placenta; je l'ai tenté de toutes les manières et je suis disposé à croire que le mieux est encore de le laisser en place. J'ai déjà raconté en détail un cas désastreux, où je l'enlevai par la voie vaginale. Je l'ai extrait deux autres fois, en arrêtant facilement l'hémorrhagie, qui s'était produite, par l'application de perchlorure de fer. Les deux enfants étaient et sont encore en vie et les deux mères survécurent; mais dans les deux cas il me fut possible de lier un gros pédicule — les restes de la trompe et du ligament large — qui sans aucun doute contenait la plus grande partie des vaisseaux arrivant au placenta. Je dois recommander certainement cette manière de procéder dans tous les cas où elle est praticable et, si j'en juge d'après ma propre expérience, il semble certain qu'elle sera possible dans un grand nombre de cas. Mais il y en a d'autres, et j'en ai publiés, pour lesquels cette manière de procéder n'est pas possible, car le placenta se trouvait étalé sur des organes divers, auxquels il était intimement adhérent et dont il n'aurait pu être détaché sans la plus grande difficulté et une forte hémorrhagie. Je confesse que dans de pareilles circonstances j'hésiterais avant de procéder à son décollement, mais, si je l'avais entrepris, je l'achèverais rapidement et je tamponnerais la surface saignante avec une éponge imbibée préalablement de vinaigre fort ou de perchlorure de fer. Une pareille méthode serait pleine de risques et de dangers, et j'avoue que je ne l'adopterais pas volontiers, d'autant plus que je ne crois pas qu'elle soit nécessaire.

L'autre procédé que j'ai employé dans ces cas — et mes trois malades survécurent à l'opération — consiste à fermer la poche (et à suturer naturellement le péritoine, qui avait été ouvert, comme dans le premier cas du D<sup>r</sup> Braithwaite), sauf l'angle inférieur de la plaie abdominale, à travers lequel sortent le cordon et le tube à drainage. Ces trois femmes survécurent, mais elles subirent une phase de suppuration très

pénible, se prolongeant pendant des mois et à laquelle elles furent bien près de succomber. Une d'entre elles porte, — comme résultat de cette longue suppuration et de sa propre négligence — une hernie ventrale, qui contient une bonne partie de sa masse intestinale.

Par conséquent je ne suis pas enchanté de cette méthode de traitement du placenta, car elle comporte nécessairement la nécrose de l'organe, que je ne crois pas dû tout nécessaire.

Il ne faut pas oublier que, lorsque le placenta a contracté des adhérences en dehors de l'utérus, les conditions sont tout à fait différentes que lorsque son lieu d'insertion se trouve sur la muqueuse utérine. Il est dans les deux cas évidemment constitué par du tissu fœtal, mais il l'est beaucoup moins exclusivement dans les cas de grossesse ectopique. Lorsqu'il est logé dans l'utérus il reste séparé des tissus maternels par une couche de cellules facilement détruites et constamment remplacées, qui n'existent pas lorsque ces villosités envahissent les intestins, les muscles ou d'autres organes maternels. En plus, dès le début du travail, chaque contraction de l'utérus tendra à détruire les adhérences entre les tissus fœtaux et maternels, de sorte que, en général, quand les dernières contractions utérines ont affectué l'expulsion de l'enfant, les adhérences placentaires sont complètement rompues par le simple effet du travail de l'accouchement. Il ne peut se produire rien de semblable pour le placenta de la grossesse ectopique.

Les observations de tous les cas, dans lesquels la grossesse extra-utérine est arrivée sans perturbation au delà du terme de la gestation, nous démontrent que tous les tissus fœtaux, à l'exception des os, peuvent être résorbés et que même les parties osseuses peuvent jusqu'à un certain point subir cette puissante influence. Ordinairement, le placenta est un des premiers tissus qui disparaissent, malgré les quelques exemples auxquels j'ai déjà fait allusion et où le placenta semble

au début augmenter de volume. Dans la majorité des cas on n'a pas à tenir compte de cette tendance, et, même si on observe par la suite que, dans un cas particulier, le placenta continue son développement après l'extraction du fœtus, nous aurons eu au moins l'avantage d'avoir gagné du temps dans le traitement de ce cas.

J'ai acquis la ferme conviction, pendant toute mon expérience en chirurgie abdominale, que nous pouvons souvent obtenir par les opérations secondaires des succès, dans des cas qui auraient donné des résultats désastreux si nous étions intervenus de suite. Je suis par conséquent très disposé, pour le moment du moins, et jusqu'à ce que je sois corrigé par l'expérience de l'avenir, à *conseiller*, lorsque nous avons affaire à une grossesse ectopique arrivée à une époque avancée, d'extraire simplement le fœtus, de vider le placenta de son sang et de refermer la plaie hermétiquement. La seule exception à cette règle générale serait le cas où, après avoir lié le ligament large, on obtiendrait une surface relativement très petite, de laquelle le placenta puisse être détaché de ses points d'insertion sans danger d'hémorrhagie.

*Campbell* a jusqu'à un certain point exprimé la même opinion en ce qui concerne ce dernier point, dans le passage suivant. « Comme en général, et sauf quelques rares exemples, le placenta est détruit par le processus de suppuration et qu'il est éliminé de la cavité abdominale avec les autres tissus fœtaux en voie de décomposition, ou encore dans certains cas qu'il ne peut être retrouvé, il résulte de ces faits importants que la rétention placentaire peut se produire sans dommage pour la malade. Par contre il n'est pas douteux, que l'irritation produite par sa recherche parmi les viscères abdominaux et l'hémorrhagie résultant de son décollement peuvent être suivies des conséquences les plus désastreuses.

« A une époque on supposait que le placenta ne pouvait être retenu impunément dans la cavité abdominale ; mais on

peut se demander si la rétention placentaire peut être plus dangereuse pour la malade que celle d'un fœtus à terme, qui, comme nous le savons actuellement, peut rester dans l'abdomen pendant une longue série d'années sans provoquer aucun effet dangereux? » (p. 152).

Un cas du plus grand intérêt relativement à ce point a été relaté par le D<sup>r</sup> *Champneys* (1). Le procédé que je recommande a été ici employé plus strictement que dans aucun autre de ma connaissance. Le placenta fut vidé de son sang, mais malheureusement le cordon ne fut pas sectionné court; il fut compris dans l'angle inférieur de la plaie et traité par la soi-disant méthode antiseptique, afin de prévenir la décomposition. L'opération fut pratiquée le 19 octobre et à la date du 19 novembre il est dit dans l'observation « que l'incision était complètement guérie, mais que le bas-ventre était manifestement distendu, et que l'on y constatait une tumeur qui fut supposée être le placenta, diminué considérablement de volume ». Il est néanmoins parfaitement clair, par les événements subséquents, qu'il se produisit chez cette malade une décomposition du placenta et une péritonite consécutive; elle alla de mal en pis avec un pouls de 114 et une température de 104° ou même de 106° (F) jusqu'à sa mort, qui survint le 7 janvier.

A l'autopsie on trouva que le placenta était renfermé dans la poche fœtale comme une balle ronde, qu'il était aussi volumineux qu'une tête de fœtus et de couleur brun foncé. En passant les doigts autour, on trouva qu'il n'était rattaché à la poche que par quelques brides et une ou deux adhérences, qu'en somme il était détaché. Il est clair que dans ce cas l'erreur a été de ne pas rouvrir la poche et de ne pas enlever le placenta dès l'apparition des symptômes sérieux — c'est-à-dire environ 5 semaines après la première opération. Il est vraiment étonnant que la malade ait vécu encore près

(1) *Obstetrical Transactions*, 1887.

de 6 semaines dans ces conditions d'intoxication chronique, et sans qu'il ait été fait un seul effort pour la sauver.

La leçon que nous devons tirer de ce cas, et j'insiste fortement sur ce point, c'est que nous devons faire un effort préliminaire pour *obtenir la résorption du placenta* en l'abandonnant après la suture de la poche. Si elle ne se produit pas, nous pouvons toujours, par une opération secondaire, faite quelque temps après la première et, quand les événements nous l'indiqueront, *extraire le placenta*. Cette manière de procéder sera toujours beaucoup moins hasardée, au moins en ce qui concerne l'hémorragie, car l'occlusion des vaisseaux sanguins due à l'inflammation, aura le temps de se produire naturellement. Il me semble que celle-ci seule est la méthode raisonnable de procéder dans cette importante question, la seule qui attende encore sa solution définitive. Cette manière de voir m'est imposée par ma propre expérience non seulement en ce qui concerne la gestation ectopique mais encore dans un grand nombre d'autres opérations de chirurgie abdominale. Ce n'est certes pas une question qui puisse se résoudre par l'alignement en tableaux d'un certain nombre de cas aussi dissemblables les uns des autres qu'on peut l'imaginer, ce procédé ne peut conduire à autre chose qu'à la confusion, quand on prétend en faire la base certaine d'une étude de cette nature.

**Grossesses ectopiques multiples.** — *Campbell* donne une liste très intéressante de grossesses extra-utérines multiples, et de cas dans lesquels les fœtus furent retenus pendant de nombreuses années. Je tiens à la reproduire plutôt à titre de curiosité :

« Deux malades avaient simultanément les produits de trois gestations extra-utérines dans leur abdomen; dans les deux cas tous ces organes fœtaux en état de décomposition furent évacués à travers les parois abdominales et les malades guérirent. Neuf femmes devinrent enceintes une fois pendant la rétention de leur fœtus extra-utérin; deux autres malades le devinrent deux fois; une autre trois fois; une seconde

quatre fois; une troisième six fois et même une dernière sept fois. Il cite de plus deux cas de grossesses intra et extra-utérines simultanées.

Dans 75 cas le produit fut retenu dans l'abdomen pour un temps plus ou moins long. Ainsi :

Pendant 3 mois chez 2 malades.			Pendant 9 ans chez 1 malade.		
— 4	— 1	—	— 40	— 3	—
— 5	— 1	—	— 41	— 2	—
— 9	— 2	—	— 43	— 1	—
— 15	— 3	—	— 44	— 2	—
— 16	— 2	—	— 46	— 1	—
— 2 ans	chez 8	—	— 21 et 22	— 1	—
— 3	— 7	—	— 26	— 2	—
— 4	— 4	—	— 28 31 32 33	— 1	—
— 5	— 1	—	— 35	— 2	—
— 6	— 2	—	— 48 50 52	} ans { 1	—
— 7	— 3	—	— 55 56		

Chez 26 malades les débris fœtaux, en état de décomposition, furent évacués à travers le rectum et sur ce nombre six succombèrent; dans 29 cas ils furent expulsés à travers les parois abdominales et trois de ces femmes moururent; enfin dans 8 exemples le fœtus fut éliminé par le vagin et trois de ces malades succombèrent.

**Lithopédion.** — Le véritable *lithopédion*, c'est-à-dire les cas où le contenu de la poche fœtale, après avoir subi une résorption plus ou moins complète de ses parties liquides et molles, se charge de sels calcaires et reste sous cette forme solide, est excessivement rare. Durant toute ma vie je n'ai vu qu'un seul cas, où l'on pouvait supposer que cette incrustation s'était produite. Le Dr *Fales*, de Boston, a consacré beaucoup de temps et de travail à parcourir la littérature de ce sujet, et il n'a trouvé que 11 cas, où l'autopsie est venue confirmer cet état de véritable lithopédion; il en ajoute un 12<sup>e</sup> survenu dans sa propre clientèle. Comme son travail a paru dans un journal, *The Annals of Gynecology*, qu'il n'est pas facile de se procurer et que le sujet compte certainement parmi les plus intéressants, je me permets de reproduire ici les détails de ses observations.

Obs. I. — Dr BRANDT, *Edinburgh Medical Journal*, 1882.

Mme A. est née en 1778.

s'est mariée > 1795 à l'âge de 17 ans  
 a eu son premier enfant > 1796 à l'âge de 18 >  
 > > second > > 1801 > 23 >  
 est devenue enceinte > 1804 > 26 >  
 a eu son troisième > > 1808 > 30 >  
 a eu son quatrième > 1815 > 37 >  
 Elle mourut > 1858 > 80 >

On ne possède pas l'histoire de cette troisième grossesse. L'autopsie fut pratiquée en septembre 1858. La tumeur pesait 1 kilo 800 gr. et elle avait une longueur de 20, 32 c. m., un diamètre de 13.33 et 40.64 c. m. de circonférence. C'était une poche dure contenant un fœtus, la tête en haut et regardant à gauche et en bas. Le dos et la colonne vertébrale étaient tournés du côté droit de la cavité; la tête était manifestement comprimée; on voyait le cordon enroulé autour du cou, tout le corps était tordu dans son axe longitudinal.

Obs. II. — Dr CONANT. *New-York Medical Journal*. 10 mai 1865.

Autant que l'on sait, la grossesse, qui fut la première, a été normale; le travail se produisit au moment habituel, dura quelques jours, puis cessa. Plus tard la malade fut affectée d'une transpiration abondante et très fétide, qui était presque insupportable à son entourage. Après quelque temps celle-ci cessa, la guérison se fit lentement, mais il lui resta une tumeur dure sur le côté, qui ne lui causa pas d'autre gêne qu'un sentiment de pesanteur. Plus tard elle eut encore trois enfants. Elle mourut en juin 1863, 35 ans après son accident.

L'autopsie fit découvrir un fœtus calcifié, en apparence extra-utérin, non enveloppé dans des membranes; on trouva dans l'abdomen une autre masse dure, qui est indiquée comme l'utérus, mais qui d'après l'opinion du Dr *Conant* contenait les restes du placenta.

Obs. III. — Relatée par le Dr *Parkhurst* dans le *Medical Times and Gazette*. Vol. I, 72, p. 655.

La malade devint enceinte en 1802; rien d'anormal pendant la grossesse; la menstruation cessa complètement; les mouvements fœtaux firent leur apparition au moment habituel. Il se produisit un travail prématuré à 8 mois 1/2, à la suite d'une peur. Les douleurs cessèrent graduellement et elle fut assez bien pendant 2 ou 3 semaines. Puis sa santé devint mauvaise et elle resta invalide pendant une année et demie. Après cette période elle revint à une bonne santé relative, quoique sujette à intervalles irréguliers à des crises de violentes douleurs abdominales. Elle mourut en 1832 à l'âge de 77 ans. L'autopsie révéla une tumeur, dont la surface externe était blanche et lisse, composée de fibro-cartilage. Elle pesait 3 k. 600 grammes. Elle n'avait aucuns rapports avec les trompes