

la grossesse continue son cours après la rupture de la trompe au niveau du ligament large.

L'œuf fait à travers la rupture tubaire une hernie progressive dans le tissu cellulaire pelvien, se créant, par refoulement, un emplacement qui croît régulièrement.

La cavité du tissu cellulaire est telle que la grossesse peut ainsi évoluer jusqu'à son terme normal (grossesse ectopique intra-péritonéo-pelviennne).

La marche et les symptômes sont analogues à ceux qui ont été étudiés dans la rupture incomplète intra-péritonéale.

Quand un accident survient, fait plus rare que dans la variété précédente, c'est (fig. 498) la rupture *secondaire* de l'œuf dans le péritoine au niveau de la paroi tubaire, ou d'un autre point voisin du péritoine.

Le fœtus et le liquide amniotique s'échappent alors dans le péritoine, donnant lieu aux accidents déjà étudiés.

La terminaison par macération, lithopédisation, suppuration, s'observent également ici.

## II

### HÉMORRAGIE D'ORIGINE NON PUERPÉRALE

Les hémorragies péri-utérines, qui se font en dehors de la puerpéralité, c'est-à-dire de la grossesse extra-utérine, sont relativement rares, soit pour donner un chiffre approximatif, une sur vingt.

De même que les puerpérales, elles peuvent être soit extra-péritonéales dans le tissu cellulaire pelvien, soit intra-péritonéales et, dans ce dernier cas, quand elles ne causent pas la mort par leur abondance même, elles deviennent l'origine d'une hématoécèle intra-péritonéale.

Les différentes causes susceptibles d'amener ces hémorragies sont les suivantes :

**1. Traumatisme opératoire.** — A la suite d'une opération sur les annexes de l'utérus, pratiquée soit par l'abdomen, soit par le vagin, un vaisseau peut avoir été déchiré, ou une ligature avoir cédé, de telle sorte que le sang s'épanche suivant le siège du vaisseau en question, tantôt dans le péritoine (hémorragie ou hématoécèle intra-péritonéale), tantôt dans le tissu cellulaire du ligament large (hématoécèle extra-péritonéale).

Ces hématoécèles sont loin d'être rares : *Lawson-Tait*, par exemple, dit en avoir observé au moins une cinquantaine dans sa pratique personnelle.

Les symptômes sont analogues à ceux mentionnés dans les hémorragies d'origine puerpérale, avec la notion de l'opération en plus. Inutile d'y revenir ici.

**2. Varices.** — Les varices du ligament large, dont l'origine habituelle est le développement d'une grossesse physiologique, peuvent se rompre soit très

exceptionnellement à la surface du péritoine (hémorragie intra-péritonéale), soit dans le tissu cellulaire (hémorragie extra-péritonéale).

Elles sont donc susceptibles de devenir la cause des deux variétés d'hématoécèles déjà étudiées.

**3. Apoplexie ovarienne.** — L'ovaire normal ou pathologique (ovarite, dégénérescence sclérokystique), pourrait, au moment des règles, devenir la source d'un écoulement sanguin assez abondant pour constituer une hématoécèle intra-péritonéale.

Cette origine n'est pas prouvée d'une façon indiscutable.

**4. Reflux tubaire.** — Quand le sang des règles, qui a pour origine l'ovaire, la trompe et l'utérus, trouve au niveau des trompes ou de l'utérus un obstacle à sa sortie, le reflux de ce liquide peut se faire dans le péritoine, et causer une hématoécèle intra-péritonéale.

Cette théorie, très en faveur il y a quelques années, ne doit être acceptée qu'avec une certaine réserve.

**5. Pachy-péritonite.** — De même qu'une pachy-méningite arrive à causer une hémorragie méningée, de même, d'après *Dolbeau* et *Virchow*, la fausse membrane résultant d'une péritonite localisée (pachy-péritonite) pourrait être la source d'hémorragie péritonéale, et, par conséquent, d'hématoécèle.

Cette pathogénie, qui semble exacte, n'est justifiée que pour un nombre restreint de cas.

### SYMPTOMES, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

#### DE LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE ET DES HÉMORRAGIES PÉRI-UTÉRINES

Sept cas différents peuvent se présenter en clinique, très dissemblables comme diagnostic et comme conduite à tenir :

*Premier cas.* — Grossesse extra-utérine évoluant normalement.

*Deuxième cas.* — Kyste fœtal mort.

*Troisième cas.* — Hémorragie intra-péritonéale (sans hématoécèle, c'est-à-dire sans coagulation du sang).

*Quatrième cas.* — Hématoécèle intra ou extra-péritonéale.

*Cinquième cas.* — Rupture secondaire du kyste fœtal.

*Sixième cas.* — Péritonite.

*Septième cas.* — Suppuration localisée.

Examinons successivement chacun de ces différents cas :

## 1. — Grossesse extra-utérine évoluant normalement.

Le diagnostic se présente sous un aspect tout différent dans la première et la seconde moitié de la grossesse.

**Première moitié de la grossesse.**

Le gonflement des seins, la pigmentation de l'aréole, les troubles digestifs, parfois la suspension des règles (bien que la plupart du temps des hémorragies génitales fassent croire à de simples irrégularités menstruelles), mettront sur la voie d'une grossesse possible.

La femme le plus souvent ne croira pas être enceinte, mais demandera des conseils médicaux pour les douleurs plus ou moins vives qu'elle éprouve dans le bas ventre.

L'examen local fera constater à côté de l'utérus dévié et augmenté de volume une tumeur grosse comme une mandarine, le poing, une tête de fœtus ou davantage, vaguement fluctuante et dont le contenu est difficile à percevoir.

Parfois la tumeur est accolée à l'utérus, de telle sorte que la délimitation est impossible.

Un fibrome utérin, kystique ou ramolli, un pyosalpinx ou hydrosalpinx, une tumeur de l'ovaire, peuvent présenter une grande analogie avec la tumeur en question, constituée par la grossesse extra-utérine; les antécédents les signes rationnels de grossesse permettront de soupçonner le diagnostic; le plus souvent, les doutes ne seront levés que par l'intervention chirurgicale.

En pareil cas, en effet, c'est-à-dire avec une tumeur qu'on soupçonne être une grossesse extra-utérine, l'intervention s'impose.

Il faut, après le cathétérisme utérin, pratiquer la laparotomie et enlever la tumeur comme s'il s'agissait d'un pyosalpinx.

S'il y a erreur de diagnostic, l'intervention aura pour effet l'ablation de la tumeur sur la nature de laquelle on s'est mépris; si, au contraire, le diagnostic de grossesse extra-utérine est vérifié, on évite à la femme tous les dangers d'une grossesse ectopique et souvent la mort.

Je n'aborde pas le manuel opératoire, qui est le même que pour l'ablation par la laparotomie d'une salpingite suppurée. S'il se présente des difficultés pour l'ablation du kyste fœtal en bloc, on se comportera comme nous allons l'indiquer pour la seconde moitié de la grossesse.

**Deuxième moitié de la grossesse.**

La grossesse n'est plus douteuse, les signes de certitude ont apparu (ballonnement, mouvements fœtaux, bruits du cœur fœtal), mais la difficulté est de savoir si la grossesse est intra ou extra-utérine et cependant il importe de poser le diagnostic aussi promptement que possible, car en cas de grossesse

extra-utérine l'intervention doit être immédiate, afin de soustraire la femme au péril d'une mort rapide par rupture.

En dehors des symptômes qui pourraient faire supposer la grossesse ectopique (douleurs locales, hémorragies utérines, expulsion de débris de caduque), c'est le toucher combiné au palper qui permettra de poser le diagnostic en montrant la séparation entre l'utérus et le kyste fœtal.

Mais on n'arrivera à un diagnostic certain qu'avec l'emploi de l'hystéromètre, ou mieux du toucher intra-utérin avec dilatation préalable du col.

Le diagnostic de grossesse extra-utérine étant posé, il faut intervenir. Deux voies se présentent à l'opérateur :

*Le vagin (élytrotomie);*

*La paroi abdominale (laparotomie).*

L'élytrotomie<sup>1</sup>, conseillée dans les cas où le fœtus est facilement accessible dans le vagin, consiste à ouvrir au bistouri la partie du vagin correspondant au kyste fœtal et à terminer l'accouchement par cette voie artificielle, comme on le ferait à travers l'orifice utérin.

Cette intervention, facile et sans dangers quand il ne survient pas d'accidents, laisse au contraire l'opérateur, désarmé quand il se produit immédiatement une hémorragie abondante, ou au bout de quelques jours des accidents septicémiques.

Aussi la laparotomie est-elle de beaucoup préférable et c'est à elle qu'on doit en général avoir recours.

**TECHNIQUE DE LA LAPAROTOMIE POUR GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE**

1° *Ouverture de la paroi abdominale* sur la ligne médiane comme pour une ovariectomie.

2° *Ouverture du sac fœtal* avec le bistouri, en prenant une double précaution : la première d'éviter le placenta en pratiquant la section, la seconde d'empêcher l'écoulement du liquide amniotique dans le péritoine.

3° *Extraction du fœtus* avec les mains, en le saisissant par la partie qui se présente à l'ouverture du kyste. Ligature immédiate du cordon. L'enfant est de suite confié à une personne, qui doit lui donner les premiers soins et le ranimer en cas de mort apparente.

4° L'opération peut ensuite être terminée de trois façons différentes : *a.* En extirpant tout le sac (fig. 499). — *b.* En enlevant le placenta sans le sac (fig. 500). — *c.* En laissant le placenta et le sac (fig. 501 et 502).

*a.* EXTIRPATION DU SAC (fig. 499). — Cette extirpation doit être faite toutes les fois qu'elle est possible; avec elle, en effet, l'opération est plus complète et plus sûre.

Pour qu'elle soit exécutable il faut qu'on puisse constituer un pédicule.

<sup>1</sup> Ελύτρον, vagin.

Kyste et placenta seront attirés au dehors ; le pédicule constitué sera, suivant son volume, lié en une, deux ou trois parties distinctes et laissé libre dans la cavité abdominale comme le pédicule d'un kyste ovarien.

Mais il sera d'ordinaire plus prudent d'avoir recours au plan qui suit :

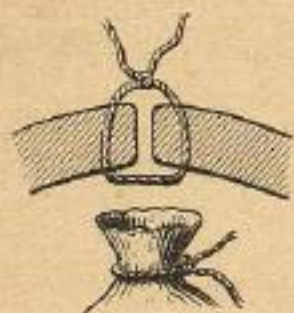


Fig. 499. — Extirpation du sac  
Formation d'un pédicule.

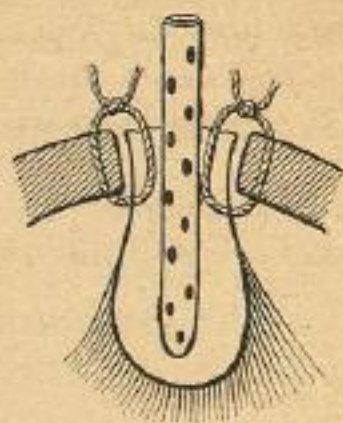


Fig. 500. — Extirpation du placenta.  
Drainage de la cavité persistante.

*b.* EXTIRPATION DU PLACENTA EN LAISSANT LE SAC (fig. 500). — Le placenta ayant été décollé et enlevé avec la main, si une hémorragie tend à se produire on la combattra par le tamponnement avec la gaze aseptique; puis les parois du sac, sectionnées au niveau de la paroi abdominale, seront fixées à cette paroi à l'aide d'une suture continue ou de sutures interrompues.

Quand la gaze aseptique sera retirée, on la remplacera par un gros drain, dont l'extrémité sortira par l'orifice abdominal.

*c.* NON-ABLATION DU PLACENTA ET DU SAC. — Lorsque le placenta, par la solidité de son adhérence, n'est pas énucléable, ou quand on craint que son

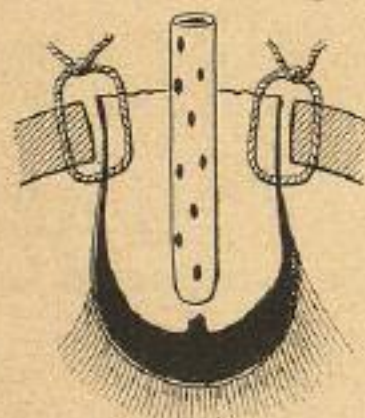


Fig. 501. — Non ablation du placenta.  
Drainage de la cavité ovulaire.



Fig. 502. — Placenta lié et abandonné dans la cavité abdominale.

détachement ne produise une hémorragie dangereuse, on le laisse en place, et en pareil cas deux conduites peuvent être tenues à l'égard du sac :

Ou bien (fig. 501), les parois du sac seront comme tout à l'heure fixées à la paroi abdominale et la cavité drainée.

Ou bien (fig. 502), comme l'a proposé *Negri*, on liera les parois du sac sur

le placenta et on abandonnera le tout dans la cavité abdominale, en fermant complètement la plaie de l'abdomen.

Ce mode opératoire n'a chance de succès qu'avec une antiseptie absolument rigoureuse; le moindre microbe amène la putréfaction du placenta et la suppuration consécutive.

Aussi est-il prudent, en pareil cas, d'imiter la conduite de *Martin*, qui fait communiquer la cavité du sac avec celle du vagin au moyen d'un drain.

Ce drain constitue la soupape de sûreté, qui permet d'éviter les dangers de la suppuration.

Pansement et conduite ultérieure comme après une ovariectomie.

En cas de drainage, faire journellement des lavages abondants dans la cavité du sac fœtal.

## 2. — Kyste fœtal mort.

Le diagnostic du kyste fœtal mort ne sera pas difficile à faire, si le diagnostic de grossesse extra-utérine a été posé depuis un certain temps; les signes de la mort de l'enfant, analogues à ceux qui existent dans une grossesse utérine, lèveront rapidement les doutes.

Mais le plus souvent, la femme viendra consulter pour une tumeur abdominale dont on ignore la nature.

Les antécédents permettront quelquefois de soupçonner l'existence d'une grossesse, mais les renseignements fournis par la femme ne doivent être acceptés qu'avec beaucoup de méfiance.

*Lawson-Tait*<sup>1</sup> rapporte à cet égard l'observation très instructive d'une femme qui, atteinte d'un double kyste de l'ovaire, ainsi que le démontra l'opération, faisait l'histoire exacte d'une grossesse qu'elle aurait eue trois ans avant, avec mouvements nets de l'enfant, faux travail, enfin tout le tableau exact d'une gestation extra-utérine.

Le diagnostic sera relativement aisé si la mort de l'enfant est récente, car le palper combiné au toucher permet encore de distinguer les parties fœtales; mais si la mort est ancienne, le diagnostic, en dehors des antécédents, sera des plus difficiles avec un kyste ovarien.

La méprise est d'ailleurs d'importance secondaire, car le traitement diffère peu dans l'un et l'autre cas.

Si l'enfant est mort depuis longtemps, six mois ou un an, si le kyste est de petit volume, et ne cause aucun accident, l'expectation est conseillée par quelques auteurs, mais on tend maintenant, prévoyant toujours la possibilité d'accidents (péritonite par rupture du kyste ou par suppuration) à préférer l'intervention, et les bons résultats de l'opération en pareil cas rendront les opérateurs de plus en plus hardis.

Mais l'hésitation ne sera pas permise si la mort de l'enfant est récente, la présence de cette tumeur fœtale constitue un danger constant pour la femme

<sup>1</sup> *Diseases of women*, I, p. 499.

qui, ayant en perspective la rupture du kyste, peut succomber par hémorragie ou par péritonite, ou avoir un abcès s'ouvrant en un point variable et l'exposant à tous les ennuis d'une longue suppuration.

Ces dangers sont moindres, il est vrai, que pendant la vie du fœtus, mais ils sont suffisants pour rendre l'intervention nécessaire ou au moins prudente.

L'ablation du kyste fœtal mort sera faite de la façon indiquée tout à l'heure pendant la vie de l'enfant.

### 3. — Hémorragie intra-péritonéale (sans hématocele).

Si une femme, à la suite d'une douleur abdominale plus ou moins vive, présente de l'affaiblissement, bientôt des syncopes, refroidissement des extrémités, accélération considérable du pouls, distension de l'abdomen, en un mot, tous les symptômes d'une hémorragie interne grave, quels que soient les antécédents de cette femme, le diagnostic d'hémorragie intra-péritonéale s'impose; la cause habituelle en est la rupture d'une grossesse extra-utérine.

Si par l'examen de cette femme on ne trouve aucune trace d'hématocele, si, en d'autres termes, le sang n'est pas coagulé dans le petit bassin et ne constitue pas une tumeur nettement appréciable, l'intervention doit être faite immédiatement.

Attendre, c'est livrer la patiente à la mort.

Toutefois, en pareil cas, en présence d'une femme en état syncopal, avec douleurs abdominales plus ou moins vives, la première et plus grosse difficulté consiste à établir un diagnostic exact; or, toute idée d'empoisonnement étant écartée par un examen préalable, on pourra surtout penser soit à la rupture d'un *ulcère de l'estomac*, soit à une *colique hépatique* ou *néphrétique*.

Avec un ulcère stomacal on aurait les antécédents, le siège différent de la douleur, et enfin l'apparition prompte de symptôme de péritonite aiguë.

Dans le cas de colique hépatique ou néphrétique la douleur revêt une topographie spéciale assez caractéristique, l'examen génital reste muet; il n'y a pas de tendance syncopale, la douleur occupe à elle seule toute la scène.

Le diagnostic étant certain ou pour le moins très probable, il faut intervenir.

L'intervention consiste à faire la laparotomie, à évacuer tout le sang rencontré dans le péritoine, et à trouver, même au prix des plus laborieuses recherches, le point hémorragipare, sur lequel on appliquera une ou plusieurs ligatures, en pratiquant l'extirpation du kyste fœtal, s'il existe encore à l'état de tumeur.

Le péritoine est ensuite soigneusement lavé, la plaie abdominale refermée, enfin la femme, réchauffée et remontée à l'aide de piqûres d'éther, de caféine ou par la compression des membres inférieurs.

### 4. — Hématocele intra ou extra-péritonéale.

L'hématocele, qu'elle soit *intra* ou *extra*-péritonéale, se présente à l'observation sous les traits cliniques que voici :

Chez une femme tantôt bien portante, tantôt génitalement malade depuis un certain temps, tantôt présentant les symptômes d'une grossesse anormale, surviennent soit brusquement, soit insidieusement, une douleur localisée au bas-ventre, avec nausées ou vomissements, et un certain degré de réaction fébrile.

Dans la forme brusque, *cataclysmique* de *Robert Barnes*, la douleur est soudaine et violente; il y a d'emblée tendance à la syncope et parfois syncope véritable, refroidissement des extrémités, pâleur accentuée des téguments, en un mot tous les signes d'une hémorragie interne.

La mort peut être la conséquence de cette hémorragie, ainsi qu'il a été vu aux paragraphes précédents, sinon l'hématocele se constitue; et à ce début aigu succèdent des accidents à marche subaiguë et bientôt chronique.

Les symptômes de la maladie confirmée consistent en douleurs localisées au bas-ventre, nausées et vomissements, réaction fébrile modérée, affaiblissement général.

L'examen local permet de constater l'existence de la tumeur précédemment décrite, et dont la configuration varie suivant qu'il s'agit d'une hématocele extra ou intra-péritonéale.

Quand la terminaison se fait par résolution et résorption, on voit les symptômes se calmer petit à petit et localement la tumeur diminuera en même temps qu'elle devient plus dure.

Dans les cas exceptionnels où il y a suppuration, la fièvre devient plus vive, il y a parfois des frissons, état général en rapport avec le degré de la température; terminaison possible par une péritonite généralisée, le plus souvent ouverture, soit spontanée, soit chirurgicale et atténuation des symptômes à partir de ce moment.

La tumeur formée par la coagulation du sang dans le petit bassin ne peut guère être confondue avec un kyste de l'ovaire ou un fibrome utérin, cas où la tumeur est plus ou moins mobile et nettement limitée.

Je ne fais également que mentionner la rétroversion de l'utérus gravide.

La confusion sera surtout facile avec la *pelvi-péritonite* en cas d'hématocele *intra-péritonéale*, et avec le *phlegmon des ligaments larges* en cas d'hématocele *extra-péritonéale*.

#### *Pelvi-péritonite et hématocele intra-péritonéale.*

Symptômes communs : tumeur occupant le cul-de-sac postérieur du péritoine, et immobilisant l'utérus.

Signes distinctifs : début brusque, fièvre modérée, symptômes d'hémorragie interne, tumeur beaucoup plus dure et volumineuse dans l'hématocele.

La résolution est la règle dans l'hématocele et au contraire la suppuration

fréquente dans la pelvi-péritonite. Dans certains cas on peut être autorisé à pratiquer la ponction exploratrice pour établir le diagnostic.

*Phlegmon des ligaments larges et hématocèle extra-péritonéale.*

Symptômes communs : tumeur occupant surtout un des ligaments larges, passant en arrière de l'utérus pour envahir plus ou moins le ligament large du côté opposé ; utérus repoussé en avant et latéralement, et immobilisé dans cette situation.

Signes distinctifs : début brusque, fièvre modérée, tumeur plus dure dans l'hématocèle, mêmes différences que précédemment.

*Rétroversion de l'utérus gravide et hématocèle intra-péritonéale.*

Symptômes communs : antécédents de grossesse dans les deux cas ; tumeur occupant le cul-de-sac de Douglas.

Signes distinctifs : consistance spéciale de l'utérus dans les cas de rétroflexion de l'organe gravide et impossibilité de trouver le corps de l'utérus en avant de la tumeur, puisque cette tumeur est constituée par le corps même ; tumeur bien plus circonscrite ; aucun symptôme pouvant faire supposer l'existence d'une hémorragie interne.

Pour compléter le diagnostic, il importera de distinguer l'hématocèle extra-péritonéale de l'intra-péritonéale.

*Intra-péritonéale* : tumeur symétrique, occupant surtout le cul-de-sac postérieur, utérus immobilisé, mais peu dévié de sa situation normale.

*Extra-péritonéale* : tumeur surtout unilatérale, utérus immobilisé, mais repoussé en avant et latéralement.

Inutile d'ailleurs d'insister sur ce dernier diagnostic différentiel plus important en théorie qu'en pratique, car le traitement est le même dans les deux cas.

*La base du traitement est l'expectation.* — Dix-neuf hématocèles sur vingt environ guérissent spontanément par le simple repos au lit.

Toutefois l'expectation doit faire place à l'intervention dans les cas suivants :

1° *Hématocèle récidivante* ; c'est-à-dire quand, après la sédation des premiers accidents hémorragiques, il en survient de nouveaux après quatre ou cinq jours.

Cette réapparition de l'hémorragie indique que la source n'est pas tarie, et qu'il se produira probablement de nouvelles hémorragies dont une pourrait être rapidement mortelle.

En tout cas, la succession même de ces hémorragies affaiblit considérablement la femme et l'expose à la mort par cachexie progressive, d'où la nécessité d'intervenir.

2° *Hématocèle suppurée* ; il importe, comme pour toute suppuration, d'évacuer le pus le plus promptement possible.

Cette complication est reconnue à l'intensité de la fièvre, à la fluctuation de la tumeur qui succède à sa dureté primitive.

Le pus doit alors être évacué à l'aide du bistouri au point de la tumeur qui est le plus fluctuant et superficiel, le plus souvent au niveau du vagin.

Après l'ouverture grand lavage et drainage.

Le traitement ultérieur est le même que celui d'un abcès.

3° *Hématocèle trop volumineuse.* — Dans le cas d'épanchement sanguin trop considérable, la résorption se fait avec une telle lenteur que la femme s'épuise, à tel point que sa vie est mise en danger ; en pareil cas, l'intervention paraît préférable dès le début.

4° *Hématocèle stationnaire.* — Enfin, dans certains cas d'hématocèle, la résorption, pour des raisons mal connues, ne se fait pas ; la maladie reste stationnaire et ne guérirait qu'avec une extrême lenteur, si le chirurgien n'intervenait pas.

L'intervention peut être faite, soit par la voie abdominale, soit par la voie vaginale.

*En cas de suppuration*, il sera préférable de recourir à la voie vaginale toutes les fois que la collection fera une notable saillie du côté du vagin ; la laparotomie ne devra être que l'exception.

Au contraire, *quand il n'y a pas suppuration*, et que l'intervention s'adresse uniquement à la collection sanguine, il faudra donner la préférence à la laparotomie, qui permet d'arriver sur la source du sang, c'est-à-dire sur la trompe rompue, de la lier et même au besoin de l'enlever ; il importe en effet de tarir en pareil cas la source de l'hémorragie. — La voie vaginale sera réservée à des cas spéciaux où la tumeur fait une saillie excessivement marquée du côté du vagin. — L'incision vaginale doit être en pareil cas faite au niveau du cul-de-sac postérieur ; le sang est évacué par cette ouverture ; cette voie présente le grand désavantage de ne pas permettre l'exploration du système génital et de laisser le chirurgien désarmé, s'il survenait une hémorragie importante, que le tamponnement serait impuissant à arrêter.

### 5. — Rupture secondaire du kyste fœtal.

Par rupture secondaire on entend, ainsi qu'il a été dit, celle qui survient à une époque avancée de la grossesse et qui livre passage au fœtus dans la cavité abdominale ; elle est distincte de la rupture primitive, où la trompe par sa solution de continuité tantôt donne naissance à l'hémorragie, tantôt permet l'évolution ultérieure de la grossesse extra-utérine, qui se transforme en variété abdominale ou en sous-péritonéo-pelviennne.

Cette rupture secondaire s'accompagne d'une brusque douleur dans l'abdomen, suivie quelquefois de la sensation d'un déplacement fœtal accentué ; de graves symptômes de péritonite, d'hémorragie interne, ou simplement de choc ne tardent pas à mettre la vie de la femme en danger.

Quelquefois cependant les accidents sont relativement bénins, le fœtus succombe et séjourne comme un simple corps étranger dans la cavité péritonéale.

La laparotomie s'impose en pareil cas, elle sera faite d'urgence en suivant la conduite tracée à propos de la grossesse extra-utérine avec kyste fœtal vivant.

#### 6. — Péritonite.

Dans le cas actuel la péritonite peut survenir, tantôt à la suite de la rupture de la grossesse extra-utérine, tantôt par simple inflammation du kyste fœtal se propageant à la séreuse voisine, tantôt par l'inflammation et la suppuration de l'hématocèle dont le contenu est versé dans le péritoine.

La péritonite se reconnaîtra à ses symptômes habituels : douleur, ballonnement croissant, constipation, fièvre, nausées et vomissements, dyspnée, faciès péritonéal.

Le meilleur traitement en pareil cas consiste à faire la laparotomie pour traiter la cause même des accidents.

La simple expectation avec médication palliative, si elle a pu réussir en quelques cas, expose la femme à tous les dangers que comporte l'aggravation de la péritonite, et si on attend trop longtemps, la laparotomie sera impuissante à amener la guérison désirée.

En pratiquant la laparotomie il ne faudra pas se borner à traiter la cause (grossesse extra-utérine, hématocèle), mais on devra également laver le péritoine, afin d'aider son retour à l'état normal.

#### 7. — Suppuration localisée.

La suppuration locale survient dans les mêmes circonstances que la péritonite, qui n'est autre qu'une inflammation généralisée à toute la séreuse.

Elle se fera soit autour du kyste fœtal intact ou rompu, soit au niveau d'une hématocèle, soit après rupture secondaire de l'œuf.

Elle s'annonce par la fièvre, les phénomènes de tuméfaction locale, et enfin par la fluctuation qu'on arrivera à percevoir en un point de la sphère génitale, variable suivant le siège même de l'abcès.

La suppuration reconnue, on doit s'efforcer de lui ouvrir une libre voie au dehors soit par l'incision abdominale, soit par l'élytrotomie : on la traitera comme les autres abcès du système génital.

## CHAPITRE IX

# TUMEURS GÉNITALES