TRAITEMENT

DES

GROSSESSES EXTRA-UTÉRINES

CONGRÈS PÉRIODIQUE

DE

GYNÉCOLOGIE, D'OBSTÉTRIQUE ET DE PŒDIATRIE

DEUXIÈME SESSION — Marseille, Octobre 1898

TRAITEMENT

DES

GROSSESSES EXTRA-UTÉRINES

RAPPORT

PAR

PAUL SEGOND

CHIRURGIEN DE LA SALPÊTRIÈRE

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

PARIS

IMPRIMERIE DE LA COUR D'APPEL

L. MARETHEUX, Directeur

SOCIÉTÉ ANONYME AU CAPITAL DE 135,000 FRANCS

1, RUE CASSETTE, 1

1898

TRAITEMENT

DES

GROSSESSES EXTRA-UTÉRINES

Les deux préceptes de WERTH et de PINARD sont aujourd'hui classiques, et les raisons de haute prudence qui les ont dictés sont basées sur des faits cliniques trop probants, pour qu'il soit nécessaire de les justifier à nouveau. Sans doute, WERTH n'a pas trouvé la très juste note en écrivant que « *toute grossesse ectopique doit être considérée comme une tumeur maligne et extirpée comme telle* », puisque toute grossesse ectopique n'exige pas, forcément et toujours, une éradication totale autant qu'immédiate; mais la netteté des indications opératoires qu'il a voulu vulgariser n'en persiste pas moins. Quant à la formule de PINARD, elle est non moins explicite, sans impliquer pour cela, ni l'heure, ni l'espèce de l'opération. C'est donc elle qui mérite d'être conservée : « *Toute grossesse extra-utérine diagnostiquée commande l'intervention chirurgicale.* » Ces quelques mots résument au mieux la règle générale qui domine la thérapeutique actuelle des grossesses ectopiques.

Comme il n'est point de bonne règle sans exception, BOUILLY[1] a bien fait de rappeler « qu'un certain nombre de grossesses ectopiques s'arrêtent d'elles-mêmes, et que leurs accidents guérissent spontanément ». « Quelquefois, le produit de la conception meurt et s'arrête dans son développement dans l'intérieur même de la trompe, sans rupture de celle-ci, ni effusion de sang dans la cavité du péritoine; d'autrefois, il se produit une rupture avec épanchement sanguin peu abondant dans l'abdomen;

---

1. G. BOUILLY. — « Notes sur la grossesse extra-utérine, tirées de l'analyse de 50 observations personnelles ». *La Gynécologie*, Paris, 1898, n° 1 du 15 Février, p. 1, et n° 2 du 15 Avril p. 109.

une crise péritonéale éclate brusquement, qui reproduit en petit, et sous une forme atténuée, les traits de l'ictus péritonéal violent, et, au bout de quelques jours, tout rentre dans l'ordre. » Soit, et dans ces cas atténués, la nature se charge, en effet, du traitement.

Mais, de l'aveu même de Bouilly, « ces faits sont rares et sont souvent mal interprétés ». D'autre part, la nature des accidents est bien rarement reconnue. On croit à des « crises de pelvipéritonite, de salpingite, de névralgies de l'ovaire, quelquefois de coliques néphrétiques; on fait le traitement banal des symptômes, et la malade guérit ». A supposer qu'on en fasse le diagnostic exact, et qu'en raison même du peu d'intensité de l'invitation opératoire, on se reconnaisse le droit de garder l'abstention, on ne ferait pas autre chose qu'œuvre de clinicien expérimenté, opportuniste, et, par conséquent, soucieux de ne jamais se fier aveuglément aux préceptes absolus. Mais, en fait, les cas visés par Bouilly ne sont qu'une exception. L'une de ces innombrables exceptions qui rendent si difficile l'art « de bien remplir l'indication », et dont la juste appréciation, Trélat[1] se plaisait à le répéter, exige avant tout cette sûreté de jugement que le « murmure quotidien de l'expérience » peut seul donner. Si légitime que soit la réserve soulignée par Bouilly, je ne crois donc pas utile, d'en faire le correctif nécessaire d'une formule thérapeutique aussi générale que celle de Pinard.

Nous sommes tous fixés sur la gravité pronostique de toute grossesse ectopique abandonnée à elle-même, gravité qui subsiste en dehors même de toute complication, puisque « la seule présence du kyste fœtal mort suffit pour altérer gravement la santé des femmes[2] ». Les anecdotes comme celle du *fœtus à terme de Quimperlé*[3], dont la rétention avait duré cinquante-six ans, égaient peut-être nos enquêtes bibliographiques, mais nous savons bien tout ce qu'il y aurait d'illusoire et de périlleux, soit à escompter l'exceptionnelle éventualité d'une transformation en lithopédion, soit à garder l'expectation, sous le prétexte que les guérisons par évacuation spontanée sont possibles. Nous sommes enfin très édifiés sur la prétendue valeur de certains moyens de traitement, comme la *ponction simple*, les *injections toxiques* (atropine,

1. U. Trélat. — *Clinique chirurgicale*. Paris, 1891, Tome I, 1re leçon.

2. A. Pinard. — « Documents pour servir à l'histoire de la grossesse extra-utérine ». Paris, 1892.

3. Sappey. — « Note et considérations sur un fœtus qui a séjourné cinquante-six ans dans le sein de sa mère ». *Comptes rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des Sciences*, 1883. Tome LXXXXVII, p. 557.

strychnine, morphine) ou l'emploi de l'*électricité*. En dépit de quelques succès et des rares défenseurs que cette chirurgie, sans chirurgie, a toujours le secret de rencontrer, les auteurs les plus classiques n'hésitent plus à la reléguer dans « la partie historique [1] » du traitement, tout à côté des anciens moyens comme la *cure de la faim* ou les *saignées répétées*, que Pozzi qualifie d'archaïques. Bref, nous avons la conviction, maintenant très documentée, qu'il n'y a qu'un traitement raisonnable, efficace et prudent des grossesses ectopiques, c'est de les opérer. Et c'est ainsi, la chose vaut la peine d'être relevée, que les formules les plus vieilles retrouvent, parfois, une saisissante actualité. Baudelocque [2] l'écrivait en 1796 : Tout parle en faveur de l'opération « *malgré le danger qui peut la suivre, parce que le péril est encore plus certain si on ne la fait pas* ». Mieux dire ce que nous pensons aujourd'hui du traitement de la *mauvaise grossesse* de Levret serait, en vérité, difficile.

Les limites de la question de thérapeutique, dont le comité d'organisation de notre congrès a bien voulu me confier le rapport, me paraissent donc nettement tracées : ma tâche se réduit à mettre en valeur les arguments ou les faits sur lesquels on doit se baser pour savoir *quand* et *comment* il faut opérer. Dans ma réponse à cette double question, peut-être m'arrivera-t-il de céder, par instants, au désir naturel d'insister sur mes faits personnels ou de faire accepter les opinions qu'une pratique déjà longue a pu m'inspirer; mais, soyez sûrs que j'y mettrai la réserve que mon rôle de rapporteur exige et que je resterai très attentif, en tout cas, à vous bien dire, comment et pourquoi, d'autres pensent autrement.

Pour mener à bien cette étude, il convient d'envisager à part les aspects si dissemblables que prend la grossesse ectopique, suivant son âge, sa forme ou ses complications. Et, comme à la Société de Chirurgie, lors de la discussion soulevée par Picqué [3], je suivrai, à peu de chose près, les divisions adoptées par Pozzi [4] dans son *Traité de gynécologie*. Je ne crois pas qu'il y en ait de meilleures pour mettre en bonne place les cas particuliers, sans risquer de confondre des faits que tout sépare. J'étudierai donc à part : d'abord les *grossesses ectopiques*

---

1. A. Ribemont-Dessaignes et G. Lepage. — « Précis d'obstétrique ». Paris, 1894.
2. Baudelocque. — « L'art des accouchements ». 1796, Tome II, p. 759.
3. Picqué. — « Rapport sur 3 cas de grossesse extra-utérine communiqués par M. Potherat ». *Bull. et mém. de la Soc. de Chir.* Paris, 1896, Tome XXII, p. 30.
4. Pozzi. — « Traité de Gynécologie clinique et opératoire ». 3e édition. Paris, 1897.

de moins de cinq mois; puis, les *grossesses ectopiques après le cinquième mois*, en prenant le soin d'envisager isolément, dans ces deux groupes, les *grossesses à développement normal*, et celles dont l'évolution est troublée, soit par la *mort du fœtus*, soit par une *complication proprement dite.*

*
* *

Cette classification n'est pas « sensiblement » la même que celle de mon collègue et ami Picqué, — ainsi qu'il me l'a répondu à la Société de Chirurgie, — mais « sensiblement » différente. Elle tient compte, en effet, non pas seulement des grosses *complications hémorrhagiques*, mais aussi de tous les « états particuliers » (Hématosalpinx, suppurations, kystes fœtaux) que Picqué veut absolument rejeter « hors de l'étude de la grossesse extra-utérine, envisagée au point de vue chirurgical », pour ne conserver à celle-ci que les *hématocèles enkystées* et les *inondations péritonéales*. Pourquoi cette exclusion? Pour ma part, je n'arrive pas à la comprendre. Et si je ne comprends pas, c'est précisément parce que je me place au point de vue chirurgical. Une grossesse ectopique qui *suppure* n'est-elle plus une grossesse? et n'est-il pas excessivement chirurgical de s'en occuper? Quant aux *hématocèles*, il est bien certain qu'elles ne contiennent pas toutes un fœtus, et je reconnais volontiers que les grossesses tubaires, possédant pour tout gage d'identité quelques villosités choriales, découvertes par un histologiste attentif sur les parois d'une poche d'*hématosalpinx*, sont un peu sujettes à caution. Mais qu'importe? La catégorisation précise de ces nuances n'intéresse que la nosologie, et quand on se place au point de vue chirurgical, elle devient superflue. Pour qu'il en fût autrement, il nous faudrait la possibilité de toujours porter un diagnostic précis. Or, chacun le sait, et Championnière[1], en particulier, l'a fort bien dit, cette possibilité est si loin d'être la règle, que les plus expérimentés s'y trompent à tout instant. Et, du reste, le mal n'est pas grand; car, en pratique, l'histoire des grossesses ectopiques le démontre à chaque pas, c'est la précision de l'*invitation opératoire*, et point du tout la conviction d'un diagnostic ferme, qui nous fait prendre le bistouri.

La même pensée, je le sais, se trouve dans le cours du rapport de Picqué. « Je m'intéresse beaucoup moins, dit-il, à l'exactitude du diagnostic nosographique qu'à celle du diagnostic opératoire. » Et,

---

1. L. Championnière. — *Bull. et mém. de la Soc. de Chir.* Paris, 1896, Tome XXII, p. 45.

parlant de la division des hématocèles, en hématocèles habitées et en hématocèles inhabitées, il déclare ne jamais se préoccuper de cette distinction. Mais alors, pourquoi tant insister dans ses prémisses sur les abus actuels « de la dénomination de grossesse extra-utérine » ou sur la nécessité de ne pas « conclure qu'hématocèle et grossesse extra-utérine sont deux termes synonymes », et déclarer enfin, « que la question du traitement de la grossesse extra-utérine ne pourra s'éclairer qu'en éliminant résolument de son cadre les anciennes hématocèles qui ne se sont élevées au rang des grossesses extra-utérines que par les progrès de l'anatomie pathologique et microscopique, et dans lesquelles on ne trouve, le plus souvent, aucun fœtus, ou un petit fœtus macéré ». J'avoue ne pas saisir du tout la conciliation possible de ces préoccupations terminologiques, avec les conclusions pratiques si judicieuses qui terminent le rapport de Picqué. Cette critique de détail est peut-être accessoire; mais, le fait à retenir et sur lequel j'insiste, c'est qu'il serait parfaitement illusoire de considérer la précision du diagnostic ou de la terminologie comme la directrice principale de notre thérapeutique.

PREMIÈRE PARTIE

TRAITEMENT DES GROSSESSES EXTRA-UTÉRINES DE MOINS DE CINQ MOIS

I. — Traitement des grossesses extra-utérines de moins de cinq mois évoluant normalement. — D'accord avec ce que nous savons sur les difficultés du diagnostic, on doit, pour ce premier groupe, comme pour les suivants, déterminer d'abord le traitement de choix, voir ensuite ce qu'il devient en cas d'erreur de diagnostic, et, s'inspirer enfin de ce parallèle, pour savoir quelle est la conduite la plus sûre à suivre en pratique.

Au point de vue du *traitement de choix*, pas d'hésitation possible. La formule de Pinard répond à l'opinion générale : *Toute grossesse extra-utérine diagnostiquée commande l'intervention chirurgicale.* Et bien entendu, puisque cette règle est basée sur les lois évolutives de toute grossesse ectopique, il va de soi qu'elle ne vise pas seulement les grossesses extra-utérines, qui, suivant la règle, s'accompagnent, dès leur début ou peu s'en faut, de troubles symptomatiques plus ou moins alarmants; elle s'applique, avec non moins d'à-propos, aux cas exceptionnels dont l'évolution physiologique se fait à froid, sans trouble d'aucune sorte, et dont on pourrait néanmoins faire le diagnostic. Cette dernière manière de voir paraît en contradiction avec ce que je disais des indications de l'abstention dans les cas atténués dont parle Bouilly, mais la contradiction n'est qu'apparente. Les cas atténués de Bouilly ne peuvent, en effet, concerner que des grossesses ectopiques très jeunes, tandis que les grossesses ectopiques ayant évolué à froid, et cependant diagnosticables, ne se rencontrent guère qu'au troisième ou quatrième mois révolus, alors que la tumeur est facilement appréciable; et, à cet âge, il ne saurait y avoir de doute sur la nécessité de l'intervention.

*
* *

Supposons, maintenant, le cas d'une *erreur de diagnostic*; et voyons

si cette erreur est susceptible de faire regretter l'intervention. En aucune manière, car dans l'espèce, je ne cesserai de le répéter, ce qui nous fait agir, c'est bien rarement la précision du diagnostic, et c'est presque toujours celle de l'invitation opératoire. Or, est-il possible d'admettre qu'une tuméfaction annexielle, dont les symptômes sont tels qu'ils en imposent pour une grossesse ectopique, puisse être autre chose qu'une annexite à opérer? Je ne le crois pas. Et, par conséquent, la conclusion pratique n'est pas discutable; quand le diagnostic de grossesse ectopique est exact, rien de mieux que l'opération; et quand il est difficile ou erroné, quand la prétendue grossesse n'est en réalité qu'une annexite inflammatoire ou kystique, nous ne risquons pas davantage. Ici comme là, on se trouve en présence d'une annexite qu'il faut opérer, qu'elle s'accompagne ou non de symptômes de grossesse plus ou moins évidents.

*
* *

Quant à l'opération, elle ne peut être, dans l'immense majorité des cas, qu'une *ablation*, et, faut-il ajouter, une *ablation unilatérale*. En l'absence de lésions bilatérales, il serait, en effet, mauvais d'imiter la pratique de Beck et Mackelway[1] (de Philadelphie), en enlevant les annexes de l'autre côté, sous le prétexte d'éviter des récidives. Mais reste à déterminer la meilleure marche à suivre pour réaliser l'ablation.

Plusieurs chirurgiens ne s'attardent pas à cette discussion. Ils procèdent toujours par laparotomie, sans jamais admettre qu'on puisse recourir à la voie vaginale. Tel n'est pas du tout mon avis. Non point que je me sente une tendance quelconque à vanter l'ablation vaginale du seul kyste tubaire par *colpotomie postérieure*, avec Condamin, et moins encore par *colpotomie antérieure*, comme le font Douglas, Boldt, Martin, Donald, Taylor, Kossmann ou Wendler. A mes yeux, la voie vaginale est parfaite pour les castrations totales. Mais, comme je l'ai dit depuis longtemps[2], toutes les fois qu'il s'agit d'extirpations partielles, d'ablations unilatérales, son infériorité vis à vis de la laparotomie devient évidente; l'utérus restant en place, la brèche d'accès est forcément restreinte; on est gêné dans ses manœuvres, et, pour peu que le kyste soit un peu gros ou le cas difficile, on se trouve, en définitive, dans des con-

1. La bibliographie des travaux dus aux auteurs dont je donne les noms, sans autre indication, se trouve soit dans les publications de Cestan (*loc. cit.*), soit dans la 3e édition du livre de Pozzi.

2. Paul Segond. — « L'hystérectomie vaginale dans l'ablation de certaines tumeurs des annexes ». *Congrès français de chir.* 8e session, Lyon, 1894.

ditions assez défavorables. Cette manière de voir, juste pour l'ablation d'un kyste banal, l'est bien plus encore en cas de kyste fœtal. Et malgré les succès des chirurgiens que je viens de nommer, je ne crois pas devoir la modifier.

Quand la grossesse ectopique est seule en cause, quand elle est *lésion unilatérale*, je suis donc le premier à reconnaître que *l'ablation par laparotomie est l'opération de choix.*

*
* *

Mais, et c'est là seulement que je me sépare des laparotomistes absolus, lorsque la grossesse ectopique, reconnue ou supposée, s'accompagne de *lésions évidentes des annexes de l'autre côté*, faut-il, de parti pris, faire quand même la laparotomie et priver les femmes des avantages de l'intervention par voie vaginale? Certainement non. Pour ma part, j'ai plusieurs fois soupçonné ou porté le diagnostic de grossesse extra-utérine chez des malades atteintes de lésions manifestement bilatérales. Je les ai, de ce chef, considérées comme justiciables de l'opération de Péan, et je n'ai eu qu'à m'en louer. Aussi bien, suis-je convaincu que l'hystérectomie vaginale trouve ici son indication, exceptionnelle, sans doute, mais très nette et point du tout « détournée », comme le dit Picqué; à cette condition, toutefois, que la grossesse soit encore assez jeune pour qu'on ne soit pas exposé à laisser dans le ventre les fragments d'un placenta trop volumineux.

L'opération de Péan trouverait encore son application légitime quand un *néoplasme utérin* (fibrome ou cancer), lui-même justiciable de l'ablation vaginale, coexiste avec la grossesse ectopique. Jacobs[1] a publié, le mois dernier, un exemple de cette association. La conclusion se formule donc, à mon avis, de la façon suivante :

En cas de grossesse extra-utérine de moins de quatre mois, quand il existe, en même temps, soit une lésion annexielle de l'autre côté, soit un néoplasme utérin, on doit, sauf exception, considérer l'opération de Péan comme l'opération la plus avantageuse. Passé le troisième et surtout le quatrième mois, la laparotomie reprend tous ses droits.

*
* *

Cette indication possible de l'hystérectomie vaginale est, ici, la seule

1. Jacobs. — « Coexistence d'une grossesse ectopique avec cancer du col utérin ». *Bull. de la Soc. belge de gynécol.* (Séance du 19 Mars), Bruxelles, 1897-1898, T. IX, p. 8.

qu'il faille accepter. Je sais bien que Picqué considère le siège *tubo-interstitiel* de la grossesse comme une autre indication valable de l'hystérectomie vaginale, et, certainement, les observations analogues à celle de Potherat[1] démontrent que l'opération de Péan peut donner les meilleurs résultats. Mais, il n'en manque pas moins à la validité pratique de l'indication sa condition première d'existence, c'est-à-dire la possibilité clinique de porter avec quelque certitude le diagnostic de *grossesse tubo-interstitielle*. Or, cette possibilité n'existe pas, ou peu s'en faut. Pour être sûr que tel est bien le siège d'une grossesse, il n'y a qu'un moyen, c'est de la voir, de la voir de ses yeux. Les indications de l'hystérectomie vaginale d'emblée sont donc, en pareil cas, condamnées à demeurer toujours dans le domaine de la théorie, et la seule intervention raisonnable à pratiquer d'abord, c'est la laparotomie.

Celle-ci, une fois faite, on peut opter, suivant ses tendances personnelles, soit pour l'*ablation par voie abdominale*, soit pour l'*hystérectomie vaginale* faite séance tenante, après fermeture du ventre; et c'est, naguère encore, la conduite qui me semblait la plus sage. Mais cette manière de voir, légitime à l'époque où l'hystérectomie abdominale n'avait pas encore subi les perfectionnements qui ont si notablement abaissé sa mortalité première, n'a plus aucune raison d'être. A moins qu'on veuille ou qu'on puisse, à la manière de Kelly, se contenter d'*ouvrir le kyste par voie intra-utérine*, ainsi qu'il sera dit plus loin, la seule conduite à suivre, après constatation, par laparotomie, d'une *grossesse tubo-interstitielle*, c'est d'en pratiquer l'ablation, séance tenante, par la même voie, en ayant recours à l'un des procédés, maintenant classiques, de l'hystérectomie abdominale partielle ou totale. Entre autres exemples des succès que donne cette pratique, je citerai la grossesse extra-utérine intra-pariétale, que Rosenthal[2] a enlevée par hystérectomie sus-vaginale, en Janvier 1896, et dont il a publié l'observation avec une planche donnant une bonne idée de la situation du kyste fœtal. En l'absence des indications tirées de la bilatéralité des lésions annexielles ou de la coexistence d'une affection utérine réclamant l'hystérectomie, l'*ablation par laparotomie* reste donc bien la seule opération rationnelle à pratiquer *dans tous les autres cas*.

---

1. Potherat. — « 3 cas de grossesse extra-utérine », *in* Rapport de Picqué, *loc cit.*

2. Rosenthal (de Saint-Pétersbourg). — « Un cas de grossesse extra-utérine intra-pariétale ». Traduction française, par Mme Rechtsamer. *Ann. de Gynéc.*, 1897, T. XLVII, p. 223.

*
* *

Le manuel opératoire de l'*ablation par hystérectomie vaginale* est conforme à celui que j'ai décrit[1], l'an dernier, dans la revue de Pozzi, à propos des tumeurs annexielles bilatérales qu'il convient d'enlever par voie vaginale, avec hystérectomie. Variable suivant les cas particuliers, variable aussi, comme les tendances de chaque opérateur, il n'est jamais qu'une application particulière de la méthode de Péan.

De son côté, la technique de l'*ablation par laparotomie* ne présente rien de spécial et l'*extirpation du kyste fœtal* se fait, d'habitude, aussi facilement que celle d'une annexite banale. Les seules difficultés possibles proviennent de l'hypervascularisation habituelle des parties à enlever et des adhérences qui sont, pour ainsi dire, inséparables de toute grossesse ectopique. Il faut donc se méfier des déchirures viscérales, et surtout des hémorrhagies, lesquelles peuvent être très abondantes ou même mortelles. Doléris[2] en a cité des exemples probants. Mais, les perfectionnements actuels de notre technique, et surtout l'usage de la position déclive « permettent d'autant moins de pareils accidents que l'arrêt de l'hémorrhagie s'obtient du fait même de l'extirpation du kyste fœtal[3] ». Aussi, peut-on dire que, presque toujours, l'ablation se fait assez bien pour qu'il soit possible de terminer par fermeture complète de la plaie abdominale, sans drainage et sans enlever autre chose que le kyste fœtal lui-même.

Ceci soit dit, aussi bien pour les formes habituelles de la grossesse ectopique, que pour celles qui sont développées dans une *corne utérine rudimentaire*. Des faits assez nombreux, et notamment ceux de Beckmann[4], démontrent, en effet, que le développement du pédicule utérin est, d'ordinaire, assez petit pour qu'il soit facile de ne pratiquer que l'ablation du kyste fœtal, sans trop entamer l'utérus lui-même.

Il va de soi, pourtant, que tout ceci n'a rien d'absolu, et que si le

---

1. Paul Segond. — « Des tumeurs annexielles bilatérales qu'il convient d'enlever par voie vaginale avec hystérectomie ». *Revue de gyn. et de chir. abd.* Paris, 1897, p. 205.

2. Doléris. — *Répertoire universel d'obstétrique et de gynécologie*, Paris, 1889, p. 409.

3. Labadie-Lagrave et F. Legueu. — *Traité médico-chirurgical de gynécologie*, Paris, 1898. p. 1103.

4. Beckmann. — « Beitrag zür Graviditäten im rudimentaren Uterusham ». *Zeitschr. für Geburtsch. u. Gynæk.*, XXXV, 1. (Citation de Legueu.) Voir en outre : — Sanger. *Arch. f. Gyn.*, 1884. Bd XXIV, p. 332. — Bandl. « Die Bankheitender tuben », p. 53. — L. Landau. *Deut. med. Woch.*, 1890, p, 593. — Th. Wyder. *Arch. f. Gyn.* 1891, Bd XLI, p. 183. — C.-L. Wilkins. *John Hopkin's Hosp. Rep.*, 1896, Vol. VI, p. 113.

siège du kyste fœtal ou l'étendue des adhérences le commande, il faut savoir recourir à tous les artifices des laparotomies difficiles ou ne pas reculer devant les indications d'une ablation plus complète. Les difficultés de l'énucléation, la nécessité de ne pas refermer le ventre et de terminer par drainage ou tamponnement des parties saignantes peuvent être créées, soit par l'importance des *adhérences*, soit par le *siège intra-ligamentaire* ou *sous-péritonéo-pelvien* de la grossesse. Quant à l'obligation d'enlever plus que le kyste fœtal et de compléter l'opération par une *hystérectomie partielle ou totale*, nous la trouverons surtout dans les grossesses ectopiques, compliquées de lésions inflammatoires, et fixées par des adhérences particulièrement vasculaires. En cas de grossesse ectopique évoluant normalement, cette obligation ne peut venir que du *siège tubo-interstitiel du kyste fœtal*. La pédiculisation est alors si difficile, l'hémostase si délicate et la résection utérine nécessaire, toujours si étendue, que souvent, le plus simple est de tout enlever. C'est ce que Potherat a fait avec succès par voie vaginale. Mais, comme je l'ai dit plus haut, il est maintenant inutile de procéder de cette manière, et, *toute grossesse interstitielle, reconnue par laparotomie, relève immédiatement de l'opération de Porro, de l'hystérectomie abdominale supra-vaginale ou totale.*

Par opposition à cette intervention radicale, on se souviendra que, dans les cas de grossesse interstitielle, Kelly[1] (de Baltimore) a conseillé la simple *ouverture intra-utérine du sac*, à l'aide d'une sonde rigide introduite dans la matrice, après dilatation du col, et poussée, d'une main, contre la poche qu'elle doit effondrer, pendant que l'autre main, passée par la plaie abdominale, immobilise et soutient le fond de l'utérus. Je ne sais pas ce que vaut cette manœuvre essentiellement conservatrice. Mais elle paraît, *a priori*, très rationnelle; son manuel est simple; et le chirurgien qui la conseille est un homme de trop haute valeur pour qu'à l'occasion, on ne cherche pas à l'imiter, notamment dans les cas anatomiquement semblables à celui qui est dessiné dans le récent travail de Jones W. Taylor[2]. On y voit, en effet, un sac interstitiel à peu près médian, dont l'axe continue presque directement celui de la cavité utérine, et, avec pareille disposition, l'évacuation par l'utérus présenterait les meilleures conditions de succès.

---

1. Howard A. Kelly. — *Operative Gynecology*, New-York, 1898, Vol. II, p. 463.
2. Jones W. Taylor. — « Extra-utérine pregnancy ». *The British Gynec. Journal*, Août 1898, p. 257.

*
* *

II. — Traitement des grossesses extra-utérines de moins de cinq mois compliquées. — Les complications des grossesses ectopiques de moins de cinq mois forment deux groupes principaux : les *complications hémorrhagiques* et les *complications septiques ou suppuratives.*

*
* *

A. — Traitement des complications hémorrhagiques. — Les *complications hémorrhagiques* des grossesses ectopiques commencent avec l'*hémato-salpinx*, pour trouver dans l'*inondation péritonéale*, leur maximum d'expression. Elles forment donc une longue série dont tous les termes sont commandés par l'abondance de l'hémorrhagie, laquelle dépend, à son tour, de facteurs multiples, tels que l'état du péritoine et la nature anatomique de la cause immédiate de l'hémorrhagie (*avortement ou rupture tubaire*). Ce n'est pas ici, du reste, le lieu de développer les considérations pathogéniques dont Labadie-Lagrave et Legueu ont donné la meilleure formule, en disant, d'une manière générale, et réserve faite des cas exceptionnels, que « les chances d'hémorrhagie maxima seront réalisées dans les cas de rupture se faisant dans un péritoine sain ; celles d'hémorrhagie minima, dans les cas d'avortement avec séreuse cloisonnée ».

Ce que je veux simplement rappeler, c'est la multiplicité de toutes les formes d'hémorrhagie qui s'échelonnent depuis l'hématosalpinx pur, jusqu'à l'inondation péritonéale proprement dite. Et cela, pour montrer, dès maintenant, que les formules thérapeutiques absolues trouveront toujours, ici, des correctifs dans les inévitables variétés de la clinique. Cette réserve étant spécifiée, je crois, cependant, qu'en prenant dans cette série les deux termes extrêmes (l'*hématosalpinx* et l'*inondation péritonéale*), et deux de ses termes intermédiaires (l'*hématocèle classique* et l'*hématocèle à poussées hémorrhagiques successives*), on peut donner une certaine précision aux règles thérapeutiques dont relèvent ces quatre complications. Les cas intermédiaires à ces quatre variétés maîtresses resteront, à la vérité, sujets à discussion. Mais la détermination de leur meilleur traitement n'en trouvera pas moins, dans la classification précédente, ses bases les plus sûres.

*
* *

1° *Traitement de l'hématosalpinx compliqué ou non d'effraction sanguine intrapéritonéale, mais constituant une tumeur énucléable en totalité.* — Tout le monde s'entend, ou à peu près, sur le traitement

de cette première variété, et je ne pourrais insister, sans répéter ce que j'ai dit à propos des grossesses de moins de cinq mois évoluant normalement. On sait, du reste, comme l'observent LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU, que, « en fait, le chirurgien qui opère une grossesse extra-utérine non rompue se trouve le plus souvent en présence, non pas d'une grossesse en voie d'évolution, mais d'un hématosalpinx ». J'ajoute que, dans l'un comme dans l'autre cas, il n'y a pas d'*erreur de diagnostic* qui puisse faire regretter l'intervention. A moins d'erreur par trop grossière, et par conséquent négligeable, les seules affections susceptibles de simuler un hématosalpinx ne sont jamais que des tumeurs à enlever. Pour ma part, j'ai commis trois fois une erreur de ce genre, et, dans ces trois cas, il s'agissait de petits kystes ovariens compliqués de torsion pédiculaire et de pelvipéritonite adhésive. Je me contenterai donc de rappeler que l'hématosalpinx est absolument justiciable du même traitement que la grossesse ectopique évoluant normalement. L'une et l'autre sont énucléables et, qui plus est, d'habitude unilatérales. Il n'y a donc pas de doute; *la seule conduite rationnelle est d'enlever les annexes malades.*

Cette règle est applicable aussi bien aux hématosalpinx vrais qu'aux *hématosalpinx compliqués d'effraction sanguine intrapéritonéale*, à la condition que l'ensemble de la tumeur sanguine paraisse énucléable et qu'elle ne s'approche pas assez des culs-de-sac vaginaux pour qu'on soit tenté de lui choisir cette voie d'évacuation. On me reprochera, sans doute, de ne pas être plus explicite; mais, en vérité, je ne m'en sens pas capable. En disant que les hématomes énucléables proviennent plus souvent des avortements que des ruptures tubaires, les choses n'en seraient pas plus claires. Quoi qu'on fasse, il y a toujours des cas limites, ne relevant que de l'initiative individuelle, et la règle dont je parle n'en demeure pas moins la bonne règle : *toute hémorrhagie constituée par un hématosalpinx compliqué ou non d'effraction sanguine intrapéritonéale, mais offrant les caractères d'une tumeur énucléable en totalité, relève uniquement de l'ablation par laparotomie.*

*
* *

Est-il possible d'être plus conservateur? MURET (de Lausanne)[1] l'espérait en 1893, lorsqu'il écrivait que l'évacuation ou le râclage de la trompe malade serait l'idéal du traitement, dans les cas d'avortement tubaire

1. MURET (de Lausanne). — « Beitrag zur Lehre der tubenschwangerschaft ». *Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäk.*, 1893, Vol. XXVI, pp. 31, 50 et 58.

complet. MARTIN et KELLY ont eu la même pensée et l'ont mise en pratique, le premier par le vagin, et le second par laparotomie. MARTIN[1] a publié, en effet, une observation dans laquelle il a, par voie vaginale, incisé la trompe, enlevé une petite môle tubaire et refermé l'organe. Et, de son côté, KELLY[2] conseille de tenter la conservation des trompes par le même moyen, quand la nature des lésions et l'état de la malade ne s'y opposent pas. Ces tentatives sont intéressantes à connaître; mais, MURET[3] le concède lui-même, elles ne seront jamais que des interventions exceptionnelles, aussi exceptionnelles que les « cas d'avortement tubaire avec môle en état de régression ». Et, par conséquent, nous n'avons pas à modifier notre règle de conduite, qui est bien « d'extirper la trompe gravide avec son contenu » et de faire, en définitive, l'ablation totale des annexes intéressées.

Il n'y a qu'*une exception* à ce précepte, la même exception que pour les grossesses ectopiques non compliquées. Elle existe quand l'invitation opératoire est *bilatérale*, quel que soit, d'ailleurs, le diagnostic précis des lésions propres à chacune des annexes. Dans les cas de ce genre, et j'en ai vu plusieurs, on se trouve en face des indications comparées de l'opération de Péan et de la laparotomie. Je n'ai plus à dire comment et pourquoi je conseille, en pareille circonstance, d'opter pour la voie vaginale, conseil que BOUILLY a si bien consacré depuis, en disant que l'hystérectomie par morcellement est « l'unique opération des ablations annexielles bilatérales quand elles sont très nettement indiquées ». Mais, pour éviter tout malentendu, je tiens beaucoup à spécifier qu'en présence d'une femme atteinte de lésions bilatérales des annexes, avec diagnostic ou soupçon de grossesse ectopique, je ne considère l'opération de Péan comme l'intervention de choix que durant les trois ou quatre premiers mois de la grossesse, alors qu'on est sûr de ne pas trouver un placenta trop volumineux dont les fragments pourraient échapper, rester dans la cavité pelvienne et devenir une cause d'infection. Toutes les fois que l'âge de la grossesse peut inspirer cette crainte, qu'il y ait ou non bilatéralité des lésions, c'est à coup sûr à la laparotomie qu'il faut rendre la préférence. Suivant la complexité du cas, on procède alors, soit à l'ablation des annexes seules, soit à la cas-

1. MARTIN. — « Zur Kenntnis der Tubarschwangerschaft ». *Monatss. für Geburts. und Gynaek.* Berlin, 1897. Band V, Heft 1, p. 3.

2. HOWARD A. KELLY. — *Loc. cit.* 463.

3. MURET (de Lausanne). — « Avortement tubaire et rupture de la trompe gravide ». *Revue de gynéc. et de chir. abdom.*, nº 2, p. 195.

tration utéro-annexielle totale, en se guidant sur les indications dont j'ai parlé à propos des grossesses ectopiques non compliquées.

*
* *

2° *Traitement de l'hématocèle enkystée.* — En cas d'hématocèle, la netteté de l'invitation opératoire peut prêter à discussion. Naguère encore, il était classique de considérer un grand nombre d'hématocèles comme uniquement justiciables de l'expectation, de réserver le bistouri pour les cas inquiétants, soit par la gravité des phénomènes de compression, soit par la production de poussées hémorrhagiques nouvelles entraînant l'augmentation de volume de la tumeur, soit enfin par des menaces de péritonite ou de suppuration de la poche. Et, il convient de ne pas l'oublier, cette conduite n'était pas sans valeur. Elle a, maintes fois, donné la guérison d'épanchements même très volumineux. Mais au prix de quelles lenteurs! Aussi bien, grâce à la suppression des complications septiques, dont la crainte légitime retenait nos prédécesseurs, grâce à la sécurité de nos interventions actuelles, la proportion des cas à opérer et des cas à respecter s'est-elle tout à fait renversée. Sans doute, il existe encore des hématocèles qui éveillent trop peu de réaction et qui ont une tendance trop réelle à la résorption spontanée pour que les avantages d'un traitement non chirurgical soient contestables, mais ces variétés médicales sont la minorité.

Toute hématocèle de quelque importance doit être aujourd'hui considérée comme « une menace permanente de danger, exposée qu'elle est, à toute époque de son évolution, à l'infection, la suppuration et toutes leurs conséquences[1] ». Sans attendre que les phénomènes de compression, l'accroissement de la tumeur ou des signes plus ou moins tardifs de suppuration nous forcent la main, il nous suffit donc, pour opérer, que la tumeur soit grosse, et, par conséquent, incapable de se résorber sans beaucoup de lenteur. Pour établir le bien fondé de cette nouvelle attitude, nous n'avons pas seulement la conviction de sauver les malades en cas d'hématocèle menaçante, ou, dans les cas plus simples, la certitude d'abréger de beaucoup la guérison; nous savons aussi, par expérience, que les surprises d'un diagnostic inexact, ne pouvant nous conduire que sur une tumeur pelvienne relevant de la chirurgie, ne sauraient jamais nous faire regretter notre détermination.

---

1. Thévenard. — « Contribution à l'étude de l'hématocèle rétro-utérine ». *Thèse doctorat.* Paris, 1896.

Ceci soit dit aussi bien pour les interventions par les voies naturelles que pour la laparotomie.

*
* *

Si l'entente est à peu près faite au point de vue de l'intervention envisagée d'une manière générale, il n'en va certes pas de même quand il s'agit de savoir s'il vaut mieux intervenir par le vagin que par le *ventre*. Les divergences qui nous séparent ne se sont jamais mieux dessinées qu'à la Société de Chirurgie, lors de la discussion soulevée par Picqué en 1896. Tandis que Bouilly[1], Schwartz[2], Routier[3], Ricard[4], Tuffier[5], Picqué[6], et moi-même, nous préconisions, avec nombreux faits à l'appui, les avantages de la colpotomie dont les chirurgiens lyonnais sont, de leur côté, partisans convaincus; Terrier[7], Chaput[8] et Reynier[9] repoussaient avec énergie cette intervention pour n'admettre que la laparotomie. On sait, du reste, que cette même différence de vue existe à l'étranger. Zweifel[10], Gusserow[11], Fritsch[12], Kelly[13], William D. Haggard[14], y sont les principaux défenseurs de la colpotomie, alors que d'autres chirurgiens, comme Lawson Tait[15], Sänger[16], Duhrssen[17], Rossier[18], Fehling[19], W. Taylor[20], Muret[21], Henrotay (d'Anvers)[22] et

1. Bouilly. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1896, T. XXII, p. 86.
2. Schwartz. — *Ibid.*, p. 54.
3. Routier. — *Ibid.*, p. 49.
4. Ricard. — *Ibid.*, p. 117.
5. Tuffier. — *Ibid.*, p. 108.
6. Picqué. — *Ibid.*, p. 30.
7. Terrier. — *Ibid.*, p. 119.
8. Chaput. — *Ibid.*, p. 70.
9. Reynier. — *Ibid.*, pp. 44, 113, 706.
10. Zweifel. — *Arch. für Gyn.* Band XLI, Heft. 1.
11. Gusserow. — *Arch. für Gyn.* Band XXXIX, Heft. 1.
12. Fritsch. — « Traité des mal. des femmes ». Trad. franç. de I. Stas (d'Anvers), 1898, p. 466.
13. Howard A. Kelly. — *Loc. cit.*, p. 453.
14. William D. Haggard. — « Vaginal incision and prainege in certain cases of ruptured ectopic gestation ». *The Am. Gyn. and obstr. Journal. N.-Y.*, 1898, Vol. XIII, n° 1, p. 35.
15. Lawson Tait. — « Traité clinique des mal. des femmes » Trad. franç. de Bétrix, Paris, 1891.
16. Sänger. — *Cent. für Gyn.*, 1893, n° 25.
17. Duhrssen. — *Arch. für Gyn.*, 1897, Band LIV, Heft 2.
18. Rossier. — *Cent. für Gyn.*, 1897, p. 816.
19. Fehling. — « Die Bedeutung der Tubenruptur und des Tubaraborts für Verlauf, Prognose und Therapie der Tubarschwangerschaft ». *Zeitschrift für Geburts. und Gynäk.* Band. XXXVIII, Heft 1.
20. W. Taylor. — « Extra utérine pregnancy ». *The British. Gyn. Journal*, Mai 1898, p. 75 et Août 1898, p. 219.
21. Muret. — *Loc. cit.*
22. Henrotay. — *Bull. de la Soc. Belge de Gyn. et d'Obst.*, 1897.

GIGLIO[1] restent partisans décidés de la laparotomie. Et je dois ajouter qu'à l'étranger, comme en France, quelques-uns des champions de l'une et l'autre méthode font parfois montre d'une telle intransigeance, qu'à première vue, il paraît assez délicat de savoir où est la vérité. Je crois néanmoins qu'en mettant à cette discussion un peu moins de passion, et surtout en faisant une large part aux concessions réciproques que les variétés cliniques imposent tôt ou tard aux formules irréductibles, il n'est pas trop malaisé d'y voir clair et d'arriver à mieux s'entendre.

Il y a d'abord toute la série des faits dont l'une ou l'autre opération se réclame pour affirmer sa valeur, et devant lesquels colpotomistes et laparotomistes doivent s'incliner. Je veux dire, par là, que si les succès relatés par TERRIER, REYNIER et CHAPUT, par exemple, sont tout à fait remarquables, les guérisons publiées par les partisans de la colpotomie ne le sont pas moins. Et, il en résulte peu d'éclaircissement pour le point litigieux. Par bonheur, à côté des statistiques, il y a leur interprétation, il y a les insuccès, publiés ou non, mais possibles avec l'une et l'autre opération. Il y a surtout les enseignements directs que chacun de nous puise dans sa pratique personnelle. Et, quand on se place à ces divers points de vue, il devient assez simple d'en dégager les termes d'une entente plus commune. Le simple rappel des arguments contradictoires que les colpotomistes opposent aux laparotomistes suffit à le démontrer.

Bien entendu, je laisserai dans l'ombre les arguments, ou mieux les sentiments comme ceux dont le professeur TERRIER s'est inspiré pour déclarer qu' « il y aura toujours des chirurgiens qui n'aimeront pas, *et pour cause*, à ouvrir le péritoine par la voie hypogastrique ». Ce « *et pour cause* » est tout ce qu'il y a de plus suggestif, et le professeur TERRIER possède, à la vérité, tous les droits de réserver sa confiance chirurgicale à de très rares élus. Mais il nous concédera bien, j'espère, que, parmi les défenseurs de la colpotomie, il y en a quelques-uns, si peu nombreux qu'ils puissent être, qui ne laparotomisent pas par trop mal; et, en tous cas, je ne crois pas que ces impressions, toutes personnelles, puissent jamais peser d'un grand poids dans la discussion, pas plus, du reste, pour les laparotomistes que pour les partisans de la voie vaginale, lesquels auraient peut-être, eux aussi, quelque motif de s'aban-

---

1. GIUSEPPE GIGLIO. — « 12 casi di hematocele pelvico intraperitonaele da aborto tubarico e tubo-ovarico ». *Annali di Ostetrica e Ginecologia*, 1898, nº 5, p. 377 et nº 6, p. 465.

donner, en sens inverse, à des suspicions très similaires. Arrivons donc aux vrais arguments.

*
* *

Les laparotomistes reprochent à l'incision vaginale :

a) — D'exposer à l'infection consécutive de la poche.

b) — D'empêcher toute action directe sur la source même de l'écoulement sanguin et d'exposer ainsi les opérées à l'éventualité d'une hémorrhagie nouvelle.

c) — De ne pas permettre l'évacuation complète des caillots.

d) — De laisser enfin, dans la cavité pelvienne, des lésions annexielles qu'il est impossible de bien reconnaître et qui peuvent, tôt ou tard, exiger une autre intervention.

Ils ajoutent qu'avec la *laparotomie*, aucun de ces inconvénients n'est à redouter, et que, dans tous les cas, elle donne, avec la sécurité d'une *asepsie parfaite* et la satisfaction d'une *toilette pelvienne complète,* la précieuse possibilité d'*enlever les annexes*, quand leurs altérations l'exigent.

Sans méconnaître la réelle portée de quelques-unes de ces objections qui, du reste, se renouvellent toutes les fois que les partisans de la chirurgie vaginale se mesurent avec l'intolérance de quelques laparotomistes, je ne crois pas difficile de remettre les choses à leur vraie place.

Des *quatre reproches* faits à l'incision vaginale, il en est d'abord un qui pouvait être exact autrefois, mais qui porte à faux aujourd'hui, c'est le premier. Grâce aux perfectionnements actuels de notre pratique, il est, en effet, toujours facile d'assurer l'asepsie d'une poche d'hématocèle, aussi bien quand elle est incisée par le vagin, que lorsqu'elle est ouverte par le ventre.

Restent les *trois autres*, et bien qu'ils renferment une part de vérité, ils ne sont pas beaucoup plus compromettants pour la cause de la colpotomie. Pour qu'il en fût autrement, il faudrait, en effet, démontrer d'abord que la *découverte de la source de l'hémorrhagie,* que l'*évacuation complète des caillots* et que l'*ablation totale des annexes,* et même de la *poche*, sont les trois conditions *sine qua non* de la guérison. Or, il n'est rien de plus contestable.

Sans doute, l'impossibilité de découvrir la *source même d'une hémorrhagie* constitue toujours une cause d'infériorité indiscutable, et, dans l'hématocèle en particulier, lorsqu'on a lieu de croire que la déchirure tubaire saigne encore, il serait, à coup sûr, fort imprudent de vou-

loir toujours se contenter de la colpotomie. A défendre pratique semblable, on propagerait une doctrine tout aussi mauvaise, et qui plus est, beaucoup plus dangereuse que celle des laparotomistes quand même. Mais, tel n'est pas du tout mon cas personnel, ni celui des chirurgiens qui, par un éclectisme nécessaire, reconnaissent fort bien les indications possibles de la laparotomie, tout en réclamant pour la colpotomie ce qui doit lui revenir. Quand nous parlons des hématocèles qu'il faut colpotomiser, nous parlons seulement des hématocèles qui, manifestement, ne saignent plus. Elles ne sont que le reliquat d'une hémorrhagie annexielle tarie, et dès lors, l'impossibilité de découvrir la source de l'hémorrhagie nous importe peu. D'autant que si, malgré nos prévisions, le sang venait à couler, il serait toujours temps, soit de terminer par une hystérectomie vaginale, soit de pratiquer la laparotomie, soit même d'enlever simplement, par la brèche vaginale, les annexes coupables.

Le *nettoyage incomplet de la poche hématique* n'est pas un argument plus sérieux, puisque, des faits nombreux l'ont prouvé : peu importe que la poche ne contienne que des caillots ou qu'elle renferme fœtus et placenta; dans la majorité des cas, l'évacuation pure et simple de ce qui veut bien s'écouler, avec abandon volontaire de tout ce qui ne sort pas facilement, suffit à la guérison.

La *difficulté d'exploration avec abandon systématique des annexes* serait en somme l'accusation la plus grave. Mais, d'une part, nous pouvons répondre que si l'incision vaginale reste à coup sûr très inférieure à la laparotomie, au point de vue de l'exploration, elle permet cependant de recueillir des renseignements suffisants. C'est une vérité reconnue par tous ceux qui ont quelque expérience de la chirurgie vaginale. D'autre part, nous ne voyons pas du tout que l'abandon systématique des annexes soit un argument sans réplique. Car, s'il est exact que cet abandon puisse conduire parfois à une intervention ultérieure, il n'en reste pas moins acquis que, le plus souvent, les lésions annexielles sont, comme l'observent Labadie-Lagrave et Legueu, assez légères pour guérir spontanément, et dans ces cas, « l'incision vaginale a tous les avantages de l'opération d'attente qui permet de remplir les indications de l'heure présente, sans engager l'avenir ».

Pour s'édifier à ce propos, il suffit de parcourir les faits publiés. Nous en possédons, Pinard et moi, plusieurs dans lesquels l'incision vaginale nous a donné, non seulement la guérison opératoire, mais aussi la cure définitive, avec disparition authentique des reliquats anatomo-pathologiques dont on exagère la fréquence et la valeur, au profit de la laparo-

tomie. D'autres chirurgiens sont non moins documentés, et voici, par exemple, ce que nous apprend Bouilly : « Mes premières opérations, dit-il, datent de quatre ou cinq ans. Plusieurs ont été faites sur des femmes de confrères ou sur des malades de la ville que j'ai eu souvent l'occasion de revoir. Aucune n'a présenté le moindre accident éloigné, et l'examen local démontre une intégrité telle des culs-de-sac qu'il est impossible de soupçonner les graves lésions dont ils ont été, naguère, le siège. »

A supposer, du reste, que l'incision vaginale soit pratiquée sur une femme dont les annexes réclament l'ablation, le toucher fait par l'incision est, quoi qu'on en ait dit, suffisant pour le reconnaître. Et rien n'est alors plus simple que de remplir l'indication, en pratiquant, séance tenante, l'hystérectomie vaginale. *On peut même n'enlever que l'une des annexes, sans toucher à l'utérus.* Je l'ai fait moi-même par exception; Routier et Bouilly ont cité des cas analogues; et chacun sait les beaux succès que cette manière de faire a donnés aux chirurgiens lyonnais, notamment à Condamin et à Goullioud. Je reconnais cependant que ces ablations annexielles, par voie vaginale, sans hystérectomie, ne sauraient être que des opérations d'exception, dangereuses à trop vulgariser. Mais, elles n'en sont pas moins, à leur tour, une preuve que l'avenir de la colpotomie n'a rien à redouter de cette double et dernière accusation : *imperfection de l'exploration, abandon systématique des annexes.* Et franchement, si tenant compte de toutes les remarques précédentes, on veut bien se souvenir, en outre, de la *simplicité* et surtout de la *bénignité* particulière de la *colpotomie*, il paraît difficile de ne pas reconnaître les *avantages de cette opération dans le traitement de l'hématocèle.*

*
* *

La *laparotomie* n'en conserve pas moins sa valeur, en tant qu'opération secondaire. Elle est, en outre, la seule opération rationnelle à pratiquer d'emblée quand la colpotomie se heurte à quelque difficulté imprévue, comme le *retour offensif de l'hémorrhagie* ou la constatation de *lésions annexielles* trop grosses pour être négligées, et quand il est, par exception, vraiment impossible de remplir, par le vagin, les indications voulues. Mais, c'est tout ce qu'on doit lui concéder. Quant à lui conférer, dans tous les autres cas, le droit de préséance, nous ne pouvons y souscrire. Pour nous convaincre d'erreur, il ne suffit pas de nous dire que la laparotomie est, par excellence, aseptique et exploratrice; nous le savons très bien. Ce qu'il faudrait établir, c'est qu'elle n'est pas

plus dangereuse que la colpotomie ; et j'imagine que la démonstration serait délicate. Il importerait enfin, et surtout, de prouver qu'elle donne toujours la possibilité d'enlever toutes les parties malades, ainsi que cela est pour les tumeurs hémorrhagiques précédemment étudiées. Mais quand nous parlons d'hématocèle classique, nous parlons de tout autre chose. De pareilles collections ne s'enlèvent pas ; elles ne s'enlèvent pas plus par le ventre que par le vagin. Et par conséquent, ce que nous avons de mieux à faire, c'est de les évacuer en réduisant au minimum le coefficient traumatique de l'intervention.

*
* *

La conclusion est donc celle-ci : *En présence de l'hématocèle enkystée, c'est l'incision vaginale qui doit être considérée comme l'opération de choix. Quant à la laparotomie, elle est seulement nécessaire quand la colpotomie rencontre quelque difficulté imprévue, comme le retour offensif de l'hémorrhagie, ou fait découvrir des lésions annexielles trop grosses pour être négligées et quand il est vraiment impossible de remplir par le vagin les indications voulues.*

*
* *

L'*incision vaginale* n'est pas seulement applicable à l'hématocèle rétro-utérine proprement dite, et elle conserve sa supériorité aussi bien dans les collections plus *latérales*, comme le fait observer Bouilly, que dans les *hématocèles sous-péritonéo-pelviennes* d'Huguier.

Quelques cas particuliers peuvent toutefois conduire à choisir une *autre voie d'évacuation*. Tel est, par exemple, ce fait d'hématocèle sous-péritonéo-pelvienne que Lejars[1] a traité avec succès par *incision ischio-rectale*. Pour des raisons topographiques analogues, quand la poche bombe fortement, non plus vers le bas, mais au-dessus du ligament de Fallope, il peut être, par exception, avantageux de recourir à la *laparotomie sous-péritonéale* conseillée par Pozzi, à la condition, cependant, de pratiquer une contre-ouverture dans le vagin, pour assurer le drainage au point déclive. Quant à la *laparotomie transpéritonéale*, avec nettoyage complet du foyer et suture de la poche au-dessus d'un drain en croix sortant par le vagin, elle a sans doute donné de fort beaux succès à Martin (9 succès sur 10); mais, d'une part, elle exige la possi-

1. Lejars. — « Un fait d'hématocèle sous-péritonéo-pelvienne traitée par l'incision ischio-rectale ». *Ann. de gyn.*, Paris, 1895, T. XLIV, p. 449.

bilité d'isoler une poche, possibilité bien exceptionnelle dans l'hématocèle vraie, et, d'autre part, je ne crois pas qu'il y ait jamais lieu de préférer cette intervention à la simple incision vaginale.

*
* *

Bien que la technique de la laparotomie et de la colpotomie, pour hématocèle, soit très connue, j'en dirai cependant quelques mots.

*
* *

La *laparotomie* comporte d'abord les temps suivants : *incision de la paroi abdominale; ouverture et nettoyage de la poche hématique.* Quand celle-ci possède des parois isolables, rien de plus simple. Mais, encore une fois, c'est la grande exception, et, la plupart du temps, il n'y a pas de poche à disséquer. Comme le dit Bouilly, on tombe sur une masse hématique remplissant le bassin, « sous forme de sang liquide et surtout de caillots circonscrits par des anses intestinales agglutinées entre elles et avec la paroi abdominale, par l'épiploon épaissi, enflammé et souvent infiltré de sang dans ses mailles ». L'évacuation de ce magma et la toilette complète du péritoine sont alors plus complexes. On y arrive, cependant; puis on doit procéder à l'ablation de la poche, à la recherche, à la pédiculisation et à l'*extirpation des annexes malades.*

C'est là le dernier temps, celui qui devrait être possible toujours, pour que la laparotomie fût l'opération idéale dont on parle si volontiers. Or, avec de bons doigts et de l'habitude, tout est possible. Mais, en médecine opératoire, possible ne veut pas dire indiqué; et, dans le cas particulier, il ne faut pas oublier que, très souvent, l'ablation de toutes les parties malades ne pourrait se faire qu'au prix des délabrements les plus graves. Aussi bien, quand on laparotomise pour hématocèle, faut-il s'attendre à la nécessité de faire une opération incomplète et de laisser en place les surfaces cruentées qui réclament le drainage et qui empêchent, par conséquent, de fermer complètement la paroi abdominale. C'est pour éviter ce dernier inconvénient que nombre de gynécologistes, comme Doléris, Hofmeier, Martin, Rochet[1], prennent souvent le soin de *combiner la laparotomie à la colpotomie* pour confier le drainage à la contre-ouverture vaginale. Dans les cas de ce genre, et ils sont fréquents, la laparotomie donne, à la vérité, de beaux

1. Rochet. — « 9 observations de grossesse tubaire rompue ». *Bull. de la Soc. belge de Gyn.*, Bruxelles, 1898, T. IX, n° 2, p. 32.

succès ; mais il faut alors beaucoup de parti pris pour la considérer encore comme idéale, simple et bénigne.

En fait, il s'agit là d'interventions fort complexes ; et, pour ma part, quand les lésions sont telles qu'elles exigent de gros tamponnements et qu'elles empêchent la fermeture complète de la plaie abdominale, je crois bien que la conduite la meilleure est alors d'aller jusqu'au bout, d'adopter la méthode américaine et d'*enlever l'utérus*. Trois avantages sont ainsi réalisés : le drainage vaginal est parfait, le pronostic opératoire est bon et la suture complète de la plaie donne à la cicatrice abdominale son maximum de solidité.

*
* *

Contrairement à la laparotomie, l'*incision vaginale* est toujours on ne peut plus simple à pratiquer. Il est absolument inutile de se servir du thermocautère, d'employer une instrumentation particulière ou de recourir au manuel opératoire si complexe de l'incision vaginale antéro-postérieure, telle que Fritsch la conseille. L'incision doit être faite au bistouri, droit devant soi, au travers du cul-de-sac postérieur mis à découvert par un écarteur qui déprime la paroi vaginale postérieure, pendant qu'une pince à traction immobilise le col et le porte en avant. Le foyer une fois ouvert, la brèche vaginale doit être agrandie au maximum dans le sens transversal, soit avec deux coups de ciseaux, soit plus simplement et plus hémostatiquement avec les deux index. Une bonne manœuvre consiste à transformer l'incision transversale en incision en T, par débridement de la partie moyenne de sa lèvre inférieure jusqu'au point le plus déclive du cul-de-sac de Douglas. La brèche est ainsi plus béante, l'écoulement se fait mieux et toute stagnation est impossible. On procède ensuite à l'évacution du contenu, et, dans une mesure très prudente, on peut la faciliter, soit avec une curette, pourvu qu'elle soit tout à fait mousse, soit mieux encore avec une simple cuiller. Mais, on ne saurait trop le recommander, *la plus grande prudence et la plus grande douceur sont ici formellement nécessaires*.

Ce conseil date de Nélaton ; et depuis, plusieurs opérateurs, comme Pinard, Güsserow et Fehling en ont reconnu la sagesse. Il faut éviter à tout prix, soit les manœuvres offensives à l'intérieur de la poche, soit même les pressions extérieures destinées à provoquer son *expression abdomino-vaginale*, sans quoi, on s'exposerait aux hémorrhagies les plus compromettantes pour le succès de l'intervention. Certains ne sont pas de cet avis et pensent avec Bouilly que « tout le succès de la

guérison rapide et apyrétique, après cette incision vaginale, réside dans le soin mis, au moment de l'opération, à assurer l'évacuation complète de la cavité et à la débarrasser aussi complètement que possible des caillots ». Je m'explique mal cette divergence, et je reste convaincu que l'évacuation, pour être prudente, doit le plus souvent rester incomplète. Les résultats thérapeutiques n'en sont pas moins bons.

La sortie des caillots qui parfois entraînent avec eux, soit un, soit même deux fœtus, ainsi que je l'ai vu une fois, étant jugée suffisante, on s'assure, par un toucher très réservé, que le volume des annexes n'est point par trop anormal, puis on termine par la mise en place d'un gros drain flanqué de deux ou trois mèches de gaze aseptique ou iodoformée, et soutenu par un tamponnement lâche du vagin. A la moindre menace de rétention ou d'infection, les pansements seront journaliers, et chaque jour aussi, la poche sera lavée sous faible pression, *avec des liquides non toxiques*. Mais, en général, quand tout se passe sans menaces infectieuses, on se trouve bien des pansements plus rares, et on peut se contenter de faire des injections seulement vaginales, en confiant au tube à drainage, qu'on laisse en place une quinzaine de jours, le soin d'assurer la détersion de la poche jusqu'à la guérison, laquelle est en général complète au bout de quatre semaines environ.

*
* *

3° *Traitement de l'hématocèle à poussées hémorrhagiques plus ou moins répétées.* — Je sais fort bien que des poussées hémorrhagiques nouvelles, survenant au sein d'une hématocèle déjà constituée, ne font point de celle-ci une espèce nosologique particulière. Elles répondent simplement à l'une des modalités symptomatiques de l'hématocèle ordinaire. Mais, en se plaçant au point de vue du traitement nécessaire, l'*hématocèle à poussées hémorrhagiques successives* m'a paru présenter des indications qui la séparent assez de l'hématocèle enkystée classique, pour lui valoir un paragraphe spécial. En effet, lorsque l'hématocèle, bien que déjà constituée à l'état de collection sanguine enkystée plus ou moins récente, est cependant le siège actuel de poussées hémorrhagiques nouvelles, tout ce que j'ai dit des indications comparées de la colpotomie et de la laparotomie se trouve en quelque sorte renversé. La valeur de la *colpotomie* devient plus discutable et c'est la *laparotomie* qui doit être souvent acceptée comme l'opération de choix.

Certes, la *colpotomie* trouve encore ici ses indications, à la condition, cette fois particulièrement impérieuse, d'observer les règles de prudence

et de douceur plus haut spécifiées. Entre autres faits à l'appui, je puis rappeler celui que j'ai déjà cité à la Société de Chirurgie. Il s'agit d'une jeune femme atteinte d'hématocèle récente dont l'évolution était aggravée par des poussées hémorrhagiques successives. La tumeur sanguine énorme bombait dans le cul-de-sac postérieur avec ses caractères habituels. L'anémie était menaçante et l'état fort inquiétant. D'accord avec mon ami le professeur Pinard, j'ai cependant tenté la cure par incision vaginale. Après évacuation des caillots, j'ai pu réséquer la trompe coupable de l'hémorrhagie. Elle pendait librement au milieu de la poche, et son excision s'est faite sans difficulté, au-devant d'une pince laissée à demeure. Le tamponnement simple de la cavité a suffi pour maîtriser toute hémorrhagie nouvelle et la jeune femme a rapidement guéri. L'opération date de trois ans; depuis longtemps, l'état local est parfait, l'utérus est mobile et la souplesse des culs-de-sac ne laisse aucun doute sur la disparition complète de tout empâtement péri-utérin. Cette observation est, on le voit, très concluante.

*
* *

Je m'empresse toutefois de reconnaître qu'en pareil cas, les succès de la colpotomie ont quelque chose d'aléatoire. Chez des femmes semblables à celle que je viens de citer, le moindre retour offensif de l'hémorrhagie peut commander, sans retard, une tout autre intervention et les indications de la laparotomie deviennent urgentes. J'en ai fait moi-même l'expérience sur une femme de la clinique Baudelocque. L'incision vaginale d'une énorme hématocèle venait de se terminer, quand des symptômes brusques d'hémorrhagie interne nous ont fait ouvrir le ventre séance tenante. Nous avons trouvé une déchirure de la trompe qui donnait un jet de sang. Et malgré les bonnes conditions apparentes de notre intervention, malgré sa rapidité, l'opérée n'a pu se réchauffer. Nous l'avons perdue la nuit suivante. Mort d'autant plus déplorable que la déchirure tubaire était due, selon toute vraisemblance, à des manœuvres extérieures d'*expression abdomino-vaginale* de la poche. Les observations de cette nature sont instructives; elles ne légitiment que trop les règles de prudence que je me suis efforcé de formuler; et, soit dit en passant, c'est un fait analogue qui a fait abandonner à Fehling ses préférences premières pour la colpotomie. Mais, comme il y a bien des chances pour que des femmes aussi anémiées que celle dont je viens de parler ne puissent jamais survivre, quelle que soit l'opération; comme dans les cas semblables au mien,

la seule perte de temps se réduit aux quelques minutes exigées par la colpotomie, on aurait tort, en vérité, d'oublier les succès qu'elle peut donner avec tant de simplicité et de ne pas tenter la guérison par simple incision vaginale, quitte à changer de tactique immédiatement, ou dans les jours qui suivent. Toute la question est d'agir à temps, et très vite, sur des femmes dont l'épuisement ne soit pas encore tel qu'il défie les interventions les meilleures. Il est difficile de préciser davantage, et, c'est d'après les indications propres à tel ou tel cas particulier, qu'on doit opter pour l'une ou l'autre méthode.

*
* *

4° *Traitement des hémorrhagies proprement dites (inondation péritonéale).* — Grâce aux nombreux travaux provoqués par les publications premières de Lawson Tait, cette complication terrible commence à posséder son histoire chirurgicale très complète. Possible à toutes les phases de la grossesse extra-utérine, même à son début, elle se produit surtout de la huitième à la douzième semaine. Parfois consécutives à l'*avortement tubo-abdominal*, les hémorrhagies graves et vraiment profuses sont presque toujours le résultat d'une *rupture tubaire*, rupture d'autant plus dangereuse que la grossesse est plus avancée et le péritoine moins malade. Le sang qui les constitue provient non pas seulement des sinus placentaires, comme dans les avortements tubaires, mais aussi, et surtout, de la tranche de section de la déchirure. C'est donc un jet artériel qui verse le sang à flots dans la cavité péritonéale, et certes, le qualificatif d'inondation n'a rien d'exagéré. Pendant que les caillots s'accumulent dans les parties déclives, et notamment dans les culs-de-sac pelviens, le sang liquide se répand dans le reste du ventre, s'insinuant entre tous les viscères et remontant jusqu'au diaphragme. C'est par litres qu'on peut évaluer sa quantité. Et, dans ces conditions si graves qu'elles peuvent menacer la vie d'une femme en quelques heures, à moins qu'elles ne la tuent d'une manière plus foudroyante encore, il y a vraiment lieu de s'étonner qu'on puisse encore discuter sur l'opportunité d'une intervention radicale et précoce.

*
* *

L'*abstention* n'a pas moins ses partisans, et les arguments qu'ils invoquent ne sont pas sans portée. Ils se basent, en effet, sur la possibilité d enkystement des hémorrhagies les plus abondantes; et des hommes de la valeur de Barnes, Cöe, Goyder, Byford, Neumann, Fehling,

ne craignent pas de soutenir que les femmes reviennent assez souvent de leur ictus initial, pour qu'on ait le droit d'attendre. Il en est même qui poussent l'optimisme jusqu'à prétendre avec CONDAMIN : *qu'il est de règle* que « les hémorrhagies consécutives à des ruptures tubaires, survenues dans les premiers mois, s'arrêtent spontanément ». Aussi bien, voyons-nous le même chirurgien, et son maître LAROYENNE, considérer la laparotomie d'urgence comme une *opération détestable;* avancer que l'intervention « est contre-indiquée pendant la période cataclysmique, à moins qu'il ne s'agisse de rupture après grossesse extra-utérine de quatre mois »; préconiser enfin l'expectation, dans les conditions que CONDAMIN résume de la façon suivante : « Il faut attendre que le foyer soit bien enkysté et que l'état général de la malade, forcément très anémié, se remonte. L'intervention de choix est (alors) la ponction et le débridement vaginal, avec ou sans ablation des annexes malades. »

*
* *

Que répondre à des affirmatives si catégoriques? Une chose fort simple : c'est qu'elles sont en contradiction formelle, non plus seulement avec les statistiques premières de LAWSON TAIT qui, pourtant, démontraient si nettement la gravité du mal et l'efficacité de son traitement par laparotomie, mais, avec la série, vraiment imposante, des faits qui se sont publiés depuis, et qui se publient tous les jours. Tous parlent, en effet, dans le même sens : ils prouvent jusqu'à l'évidence aussi bien les périls de l'abstention, que la haute valeur de la laparotomie. Et, quand on consulte les statistiques si consciencieusement relevées par BINAUD[1], CHOYAU[2] et CESTAN[3], lorsqu'on voit avec ce dernier auteur que « l'expectation fournit environ 86 pour 100 de mortalité et l'intervention 85 pour 100 de guérisons[4] », il est vraiment difficile de ne pas s'incliner devant la conclusion qui en découle.

---

1. BINAUD. — « De l'hématocèle pelvienne intra-péritonéale considérée particulièrement dans ses rapports avec la grossesse tubaire. » *Th. Doct.*, Paris, 1892.

2. CHOYAU. — « Contribution à l'étude de l'inondation sanguine péritonéale, par rupture de grossesse tubaire. » *Th. Doct.*, Paris, 1896.

3. CESTAN. — « Des hémorrhagies intra-péritonéales et de l'hématocèle pelvienne », *Th. Doct.* Paris, 1894.

4. CESTAN. — « Les hémorrhagies et l'hématocèle pelvienne intra-péritonéales. » (*Revue générale*) *Gazette des Hôpitaux*, 1896, n° 80, P. 801, et n° 82, P. 821.) Je ne saurais trop conseiller la lecture de cette revue générale; je ne connais pas de travail qui résume, aussi clairement et en si peu de pages, l'histoire des complications hémorrhagiques de la grossesse ectopique, et j'ajoute que les conclusions de l'auteur témoignent du meilleur sens chirurgical.

Voici, du reste, quelques statistiques isolées qu'il n'est pas sans intérêt de reproduire : Sur 42 cas opérés, LAWSON TAIT[1] a eu 40 guérisons, soit 95 pour 100; MARTIN[2], réunissant la statistique la plus importante qui ait été publiée, trouve 585 cas opérés avec 445 guérisons, soit 76.6 pour 100, et 265 cas traités par l'expectation avec 106 guérisons, soit 36.9 pour 100; J. ROSS[3] a opéré dans 29 cas avec 26 succès, soit 89.5 pour 100. Dans 7 cas, il a préféré attendre, et 5 cas ont guéri, soit 78.5 pour 100; J. PRICE[4] est intervenu dans 84 cas, et il a eu 81 succès, soit 96.4 pour 100. — Dans un mémoire plus récent[5], basé sur 326 cas empruntés à différents gynécologues, le même chirurgien trouve 282 guérisons, soit 86.5 pour 100; GÜSSEROW[6] a opéré 20 fois et a eu 18 guérisons, soit 90 pour 100. DÜHRSSEN[7] a eu 4 succès sur 5 opérations, soit 80 pour 100. PARKES[8] dans 3 cas, RICHARDSON[9] dans 8 cas, ROCHET[10] dans 5 cas ont guéri toutes leurs opérées. SCHULZE-VELLINGHAUSEN[11] a réuni 48 cas, dont 6 personnes traitées par l'intervention précoce, avec 13 morts, soit 73 pour 100 de guérisons. Sur 18 laparotomies faites *in extremis* pour inondation péritonéale, VASTEN[12] a eu 16 guérisons, soit 88 pour 100. LÉOPOLD[13] a opéré 98 cas avec une mortalité très faible. Tout dernièrement enfin, STRAUCH[14] (de Moscou), dans un intéressant travail qu'il a bien voulu m'adresser, vient de publier l'analyse de 79 opérations pour grossesses ectopiques, toutes terminées par la guérison. On y relève 19 cas d'inondation péritonéale, opérés d'urgence et à domicile. J'ajoute qu'à cette heure, la statistique de notre collègue de Moscou est plus importante encore. Il en est à sa 91e opération et toujours sans aucun décès.

---

1. LAWSON TAIT. — Lect. on ectop. pregnancy, 1888, p. 31.
2. MARTIN. — *Centr. f. Gyn.*, 1892, n° 39.
3. J. ROSS. — *Amer. J. of Obst.*, Janv. 1893.
4. J. PRICE. — *Ibid.*, 1892, p. 859.
5. J. PRICE. — *Ibid*, 1894, p. 244.
6. GÜSSEROW. — *Berl. klin. Woch.*, 31 Mai 1892.
7. DÜHRSSEN. — *Deut. med. Woch.*, 1894, nos 2 et 3.
8. PARKES. — *Amer. J. of. Obst.* Janvier 1891.
9. RICHARDSON. — *Bost. med.*, 1893.
10. ROCHET. — *Bull. de la Soc. belge d'obst. et de gyn.*, 1893, 24 Décembre.
11. A. SCHULZE-VELLINGHAUSEN. — « Ueber die Laparotomie wegenfieier intra-peritonealen Blutung in Folge frühen Tubenschwangerschaft ». *Dissert. inaug.* Kiel, 1895.
12. V.A. VASTEN. — Soc. d'acc. et de gyn. de Saint-Pétersbourg. *Ann. de gyn.*, 1896, T. XLV, p. 405.
13. LÉOPOLD. — Soc. gyn. de Dresde, 1896, 8 Décembre. *Centr. f. gyn.*, 1897, p. 171.
14. STRAUCH. — « Analyse de 79 opérations pour grossesse extra-utérine (clinique gynécologique de Strauch et Vener) ». Moscou, 1898, 2 Juin. Extrait du *Vratsch*, n° 18.

*
* *

Comment ne pas s'incliner devant l'éloquence numérique de ce relevé? Toutefois, — et j'imagine que ceux de mes collègues qui ont accepté le principe de l'intervention d'urgence, lors de la dernière discussion de la Société de Chirurgie, ne me contrediraient pas, — il y a, pour chacun de nous, quelque chose de plus probant encore : ce sont les faits qui nous sont personnels, ce sont les femmes que nous avons laparotomisées mourantes et que nous avons, sans discussion possible, sauvées par la rapidité de notre action. Tout récemment, nous avons vu, Pinard et moi, un de ces exemples qui emportent la conviction : Il s'agissait d'une jeune femme, prise en pleine santé, et, sans doute, à la suite d'un excès génésique, par la brusque éclosion de tous les symptômes d'une abondante hémorrhagie intra-péritonéale. Grâce à la pressante insistance de son médecin, le Dr Darras, on ne s'est pas contenté de l'avis d'un premier consultant qui avait conclu à des troubles névropathiques et conseillé le bromure. Le professeur Pinard a été demandé; il a reconnu les signes d'une hémorrhagie par rupture tubaire; nous l'avons donc laparotomisée sans retard. L'abdomen contenait cinq litres, non pas de sang pur, mais d'un liquide qui lui ressemblait fort; et certes, lorsque nous avons, à l'ouverture du ventre, saisi d'emblée les annexes coupables (annexes gauches), lorsque nous avons vu le sang que versait encore la déchirure tubaire, nous aurions, je vous assure, plus que froidement accueilli tout rappel des doctrines dont Laroyenne et Condamin se font les défenseurs. Notre malade allait mourir et nous l'avons sauvée; ceci ne se discute pas. Et, je le répète, pour nous tous, partisans décidés de la laparotomie d'urgence, ce sont les faits semblables à celui que je viens de citer, les faits décisifs, comme ceux de Tuffier, de Michaux, de Demoulin, de H. Verneuil, pour citer les plus récents, les faits que nous avons vécus nous-mêmes, si je puis ainsi dire, qui, bien plus que les longues statistiques et les pourcentages, nous ont formé nos convictions sur les véritables périls de l'expectation.

*
* *

On doit cependant une concession à ceux qui pensent autrement. A côté des inondations péritonéales, toujours mortelles, il y a certainement des hémorrhagies qui, malgré leur incontestable abondance, n'en sont pas moins susceptibles de s'enkyster. C'est ainsi que se

forment les hématocèles proprement dites, celles dont il est, en effet, classique d'attendre l'enkystement et dont la période initiale, dramatique, comme on l'a nommée, n'exige par conséquent pas d'intervention chirurgicale. Il faut donc reconnaître que l'expectation peut avoir sa raison d'être. Comme toutes les formules absolues, celle des interventionnistes trouve ici son point faible; et, quel que soit notre besoin de précision, il y aura toujours entre les inondations péritonéales réclamant, sans discussion, l'intervention immédiate, et les hémorrhagies qui, nettement, permettent d'attendre, une série de cas intermédiaires dont l'appréciation ne peut relever que de l'expérience et du tact individuel. Pour qu'il en fût autrement, il nous faudrait un moyen certain de déterminer les chances d'enkystement de telle ou telle hémorrhagie, et ce moyen-là n'existe pas. Demoulin[1] le disait excellemment au IXe Congrès de chirurgie, à propos d'un cas tout à fait remarquable de « grossesse tubaire terminée par rupture et guérie par l'intervention, trois heures après le début des accidents ». Nous en sommes réduits aux probabilités, et, dans le doute, tous ceux qui ont vu par eux-mêmes ce que peut la laparotomie d'urgence opteront pour elle, sans jamais vouloir s'exposer au péril que dissimule, fort mal, la prétendue simplicité de l'expectation.

*
* *

Tout en reconnaissant la concession que les abstentionnistes ont le droit de réclamer, je crois donc répondre au sentiment de la majorité en concluant qu'en présence d'une hémorrhagie intra-péritonéale grave, *la règle est d'intervenir le plus rapidement possible*. Encore une fois, nous ne contestons pas du tout que des hémorrhagies très graves puissent se tarir et s'enkyster. Nous savons très bien aussi que les renseignements numériques donnés par Cestan sur la gravité particulière de la laparotomie dans les tout premiers jours et sur l'amélioration de son pronostic quand la date s'éloigne davantage de la période cataclysmique semblent confirmer les idées de ceux qui conseillent d'attendre, pour intervenir, que le shock soit dissipé. Mais, quel que soit l'intérêt de ces nuances, nous restons convaincu qu'en pratique, il est prudent de les oublier, pour ne retenir que ce principe fondamental de toute bonne chirurgie, à savoir qu'en présence d'une hémorrhagie menaçant la vie d'un malade, il faut, tout de suite et toujours, découvrir et lier le vaisseau qui donne.

---

1. Demoulin, — « Sur un cas de grossesse tubaire terminé par rupture et guéri par intervention ». IXe Congrès de chirurgie. Paris, 1895, séance du 26 Octobre, p. 879.

*
* *

L'intervention sera donc radicale et précoce ; c'est entendu. Mais, que veut exactement dire le qualificatif précoce? Théoriquement, il ne devrait avoir qu'un sens. Devant les premiers symptômes d'une inondation péritonéale, l'intervention immédiate est seule rationnelle.

Parmi les exemples de ces opérations vraiment immédiates, il y en a peu d'aussi remarquables que le fait récemment publié par H. VERNEUIL (de Bruxelles)[1]. Il s'agit d'une femme à laquelle ce distingué chirurgien allait extirper une grossesse ectopique droite. Pendant la préparation de la malade, et probablement sous une pression manuelle extérieure, son kyste se rompt, son ventre, distendu par l'hémorrhagie, se gonfle brusquement et la laparotomie la sauve. Dix minutes ne s'étaient donc « pas écoulées entre le moment de la rupture et celui où la cavité péritonéale fut ouverte » ; et cependant la quantité de sang frais épanché pouvait être évaluée à près de 1.000 grammes. Le sang coulait de la brèche kystique avec une abondance qui peut être exactement comparée à celle que donne l'ouverture d'une artère de gros calibre : et, sous l'inspiration du sentiment qu'on a toujours en pareil cas, VERNEUIL ajoute que « ce spectacle n'est pas fait pour ébranler la conviction de ceux qui pensent qu'il est bon de ne pas temporiser quand cet accident se déclare ».

Mais combien rares sont les faits comme celui-ci ! Et, « dans la pratique, quelle différence entre la théorie et l'application ! » BOUILLY le rappelle à très juste titre. A l'hôpital, ou dans une bonne maison de santé, rien de simple comme une laparotomie immédiate. Mais, en ville, alors qu'il est souvent dangereux de transporter une femme en état de shock hémorrhagique, deux ou trois heures sont un minimum pour réunir deux aides et le matériel indispensables. Aussi, est-il bon de savoir que « dans la plupart des cas, au moment où on opère ainsi d'urgence, le danger immédiat est conjuré, à moins qu'il ne s'agisse de ces énormes hémorrhagies cataclysmiques contre lesquelles on arrive toujours trop tard ». Ce qui n'est que trop fréquent, puisque MAYGRIER[2] a relevé 9 morts instantanées, sur 56 cas de ruptures tubaires mortelles.

Si cette remarque est très rassurante, si même elle prouve que, dans

---

1. H. VERNEUIL. — « Grossesse extra-utérine. Rupture du kyste. Laparotomie. » *La Clinique*, Bruxelles, 1898, n° 30 du 28 Juillet, p. 497.

2. MAYGRIER. — « Terminaison et traitement de la grossesse extra-utérine. » *Th. agrégation*, Paris, 1886, p. 33.

beaucoup de cas, on peut attendre « la journée ou même le lendemain, au grand bénéfice des malades qui sont plus éloignées du shock péritonéal et de l'anémie suraiguë », on doit se garder d'en exagérer la portée. Il convient, en particulier, de ne pas trop se dire avec Bouilly qu'en général, l'opération a plutôt pour résultat « de prévenir une nouvelle crise hémorrhagique » que d'arrêter « une hémorrhagie en train de se produire » ; et tout compte fait — Bouilly le reconnaît très bien, du reste, puisqu'il admet, avec la gravité de l'accident, la nécessité d'y remédier sans retard, — le plus sage est d'en revenir aux conseils donnés par Harbert, en Amérique, dès 1849, très nettement formulés par Keller en 1872, et victorieusement vulgarisés par Lawson Tait, depuis 1886. C'est-à-dire qu'il faut accepter, en principe et sans restriction, *la très formelle indication de la laparotomie, immédiate quand on le peut, et, en tout cas, aussi précoce que possible*[1].

*
* *

Notons que dans le cas d'une erreur de diagnostic, on n'aura jamais à regretter d'avoir laparotomisé, et, bien entendu, je n'ai pas à relever ici l'erreur consistant à méconnaître l'existence d'une hémorrhagie tubaire pour croire à un *empoisonnement,* à une *congestion pulmonaire,* voire même au *choléra,* erreurs singulières et résultant sans doute d'un examen local assez imparfait. Je ne veux parler que des erreurs raisonnables. Or, que peut-on rencontrer? Une *hémorrhagie moins abondante* qu'on ne le supposait, ainsi qu'il arrive dans les faits sur lesquels Bouilly, Muret et Wisley-Bovée[2] (de Washington) ont récemment insisté, en montrant que les hémorrhagies minimes de certains avortements tubaires sont parfois susceptibles de provoquer l'ictus péritonéal et les symptômes apparents des hémorrhagies graves? un *kyste ovarien* avec torsion de son pédicule, ou compliqué d'une autre affection comme les coliques hépatiques ou néphrétiques? une *péritonite* quelconque? une *appendicite?* voire même une *appendicite coïncidant avec une*

---

1. Les chirurgiens acceptant le principe de l'intervention d'urgence sont, à l'étranger comme en France, la presque unanimité. Et je crois bien que la doctrine inverse de Laroyenne et de Condamin ne trouvera que fort peu d'adeptes, aussi bien à Lyon qu'ailleurs, ainsi qu'en témoignent les opinions de Poncet (communication orale) et la lecture faite en Mai dernier par Pollosson, à la Société des sciences médicales de Lyon, en faveur de la nécessité des interventions abdominales rapides. (*Semaine gynécologique*, 1898, n° 27, du 5 Juillet, p. 215.)

2. Wisley-Bovée. — « Tubo-ovarian hémorrage ressembling ruptured ectopic pregnancy » *The amer. gyn. and obst. journal*, 1898, Vol. XII, n° 5, p. 593.

grossesse ectopique, ou bien encore un *étranglement interne?* Pas autre chose, en somme, qu'une affection pelvienne justiciable, elle aussi, de la laparotomie, et, par conséquent, alors même qu'on serait conduit à ne faire qu'une incision exploratrice, on peut dire qu'en obéissant à l'ordre opératoire que doit toujours donner l'éclosion des signes habituels de l'inondation péritonéale, nous n'aurons jamais à regretter notre initiative.

*
* *

En présence d'une inondation péritonéale, il va de soi que, malgré l'opinion inverse de quelques très rares chirurgiens, il ne saurait être question d'*intervention par voie vaginale,* sous peine de s'exposer à d'incontestables périls. *La seule opération qui permette une hémostase rapide et sûre, c'est évidemment la laparotomie.* Sa *technique* est à peu près la même pour nous tous. Dès l'ouverture du ventre, et sans s'occuper du sang qui s'écoule, on doit immédiatement, et sans la moindre perte de temps, se porter vers les annexes qui saignent, les découvrir, les pédiculiser et les enlever. Ce premier temps doit toujours être très vivement conduit; il s'exécute du reste facilement, grâce à la position renversée[1] de l'opérée, et, comme il n'est ici question que de grossesses ectopiques jeunes, la nécessité d'extirper tout le kyste fœtal doit être considérée comme la règle. L'obligation de se contenter d'une extériorisation du sac ne s'observe que pour les grossesses plus avancées. Encore faut-il ajouter que, dans ce dernier cas, l'hémorrhagie pouvant surtout provenir du décollement placentaire, la nécessité d'achever ce décollement et de tout enlever peut devenir, comme le dit Picqué, le seul moyen d'obtenir l'hémostase. Le kyste fœtal, une fois enlevé, et l'hémostase bien assurée par des ligatures appropriées, on procède à la toilette du péritoine (ablation du sang liquide et des caillots), puis on suture la plaie abdominale.

Est-il nécessaire de faire la toilette péritonéale, minutieuse et très complète? Certains chirurgiens ne le pensent pas et vont même, comme

1. Bouilly déconseille le plan incliné dans les opérations de ce genre, parce que, dit-il, le sang épanché « tombe sur le diaphragme et peut gêner la respiration ». En outre, « il ne peut être évacué dans les premiers temps de l'opération, et il ne se présente en abondance à la plaie abdominale, qu'au moment où la malade est rabattue dans la position horizontale. Il faut alors recommencer la toilette du péritoine et du bassin ». Ceci n'est vrai qu'avec les grands renversements; mais, quand on opère sur des tables qui permettent, au cours de l'opération, de modifier l'inclinaison à son gré, en plus ou en moins, l'inconvénient signalé par Bouilly disparaît en grande partie, et le renversement, d'ailleurs modéré, qui suffit dans les cas de ce genre, conserve tous ses avantages.

Vasten et Henrotin[1], jusqu'à conseiller de laisser, de parti pris, une certaine quantité de sang qui se puisse résorber au bénéfice de la malade. D'autres, avec Schwartz et Pozzi, recommandent, au contraire, d'étancher soigneusement tout le sang épanché et de redouter l'influence dépressive des caillots accumulés dans les parties déclives. Je pense, pour ma part, que la vérité est entre les deux et qu'on doit faire une toilette aussi complète que possible, en évitant, toutefois, d'irriter le péritoine par des manœuvres trop prolongées. Cette évacuation, toujours plus ou moins incomplète, se fait aisément avec des éponges ou des compresses bien aseptiques, sans qu'il soit nécessaire de recourir aux lavages du péritoine.

On n'oubliera pas, enfin, toute l'importance des soins post-opératoires. L'indication de relever les forces des opérées se présente, en effet, avec une urgence très particulière. Mais, chacun le sait maintenant, rien ne vaut, en pareil cas, les injections massives de sérum artificiel faites dans le tissu cellulaire. Elles sont, en général, très suffisantes pour combattre les états post-hémorrhagiques les plus inquiétants; et, sauf exception, je ne crois pas utile de leur préférer les injections intraveineuses.

*
* *

B. — Traitement des complications septiques ou suppuratives. — Dans ce groupe, les questions de terminologie ou de diagnostic doivent, plus que jamais, céder le pas à l'invitation opératoire; et l'histoire de toute grossesse ectopique compliquée de péritonite ou de suppuration intra-kystique se confond si directement, en pratique, avec celle des suppurations pelviennes envisagées d'une manière générale, que je croirais déplacé de trop insister. Sans revenir sur les discussions si vives, et toujours actuelles, dont ce chapitre de chirurgie abdominale possède si bien le privilège, il me paraît suffisant de rappeler que, suivant la limitation de la suppuration, le volume de la masse morbide, l'uni ou la bilatéralité des lésions, il y a lieu d'opter sans aucun parti pris, tantôt pour la *laparotomie*, tantôt pour l'*hystérectomie vaginale*, tantôt, enfin, pour l'*incision vaginale simple*.

Ici, comme dans toutes les suppurations pelviennes, l'*incision vaginale* sera le traitement de choix des *hématocèles suppurées*, comme de toute collection purulente bien limitée, uniloculaire, et facilement

1. F. Henrotin (de Chicago). — « Early rupture in extra-uterine pregnancy and its treatment ». *Transactions of the Americ. gynec. Society*, 1896, Vol. XXI, p. 209.

accessible par le vagin. Demander plus à la colpotomie serait imprudent et mauvais. L'*ablation par laparotomie* sera l'unique opération des grossesses ectopiques suppurées non compliquées de lésions évidentes des annexes du côté opposé. L'*hystérectomie vaginale*, enfin, représentera l'opération de choix en cas de bilatéralité des lésions annexielles. Tel est au moins mon avis, et nombre de chirurgiens pensent de même aujourd'hui.

*
* *

A propos des indications comparées de l'hystérectomie vaginale et de la laparotomie, résumées dans les deux phrases précédentes, je tiens à compléter ma pensée en rappelant que l'hystérectomie vaginale doit être réservée aux grossesses dont l'âge ne fait pas redouter un placenta trop volumineux. Mais, pour qu'elle conserve tous ses avantages, il faut, en outre, que la masse à enlever ne soit pas d'un volume excessif et donne bien, à l'exploration manuelle, la sensation d'une facile ablation. Cette restriction aux indications de l'hystérectomie vaginale, déjà légitime dans le traitement des suppurations pelviennes banales, est encore plus impérieuse quand il y a, par-dessus le marché, grossesse ectopique et quand l'utérus présente, par conséquent, *cette friabilité qui rend le morcellement si difficile et si dangereux chez toute femme en état de puerpéralité* (grossesse ectopique, comme suites de couches). Sans doute, avant que la possibilité d'enlever par laparotomie utérus et annexes, sans péril particulier, fût démontrée par les succès, chaque jour croissants, de la castration abdominale totale, il était plus sage de faire une ablation vaginale, même incomplète, que d'opter pour une laparotomie laborieuse, incomplète elle aussi, et toujours fort grave. Mais, à cette heure, la *technique américaine*[1] donne une trop réelle sécurité pour qu'on ne cherche pas à faire mieux qu'autrefois. Sans qu'il soit possible de spécifier autrement le volume des lésions permettant ou non l'hystérectomie vaginale, on peut donc avancer que, lorsque la masse formée par l'ensemble des lésions suppuratives dépasse assez le pubis pour être plutôt abdominale que pelvienne, il vaut mieux l'enlever par le ventre que par le vagin.

La *laparotomie* qu'il convient alors d'adopter peut alors conduire,

---

1. Paul Segond. — « L'hystérectomie abdominale totale dans l'ablation des gros fibromes et le traitement des suppurations pelviennes. Considération sur son manuel opératoire et sur la supériorité du procédé américain ». *Rev. de gyn. et de chirurg. abdom.*, 1897, n° 4, p. 605.

dans les cas les plus simples, à l'ablation des seules parties malades (*kyste fœtal et annexes*), avec toilette suffisante du pelvis et fermeture complète de la paroi abdominale. Mais, quand les masses à extirper sont enfouies au milieu de fausses membranes, adhérentes et vasculaires, au point que leur énucléation soit impossible sans laisser, après elle, des foyers suspects et des surfaces cruentées exigeant des tamponnements excessifs, ou bien encore, des sutures pénibles et mauvaises, sur le tissu utérin ramolli et mis à nu par les décortications nécessaires; plutôt que de s'attarder à ces manœuvres offensives, le plus sûr et le plus sage est certainement de tout enlever et de faire, en un mot, la *castration utéro-annexielle totale.*

DEUXIÈME PARTIE

TRAITEMENT DES GROSSESSES EXTRA-UTÉRINES DE PLUS DE CINQ MOIS

Dans le traitement des grossesses de cette catégorie, la précision du diagnostic préalable reprend un peu ses droits. La laparotomie devient la seule opération possible dans tous les cas, sauf pour certains kystes fœtaux. Enfin, les questions à résoudre pour déterminer les règles opératoires les plus sûres se confondent, à tout instant, avec celles que soulève la chirurgie courante des grosses tumeurs abdominales. Je me crois donc autorisé, dans cette deuxième partie de mon rapport, à plus de brièveté que dans la première. Adoptant la même division que pour les grossesses plus jeunes, j'envisagerai à part les grossesses se développant sans accidents, jusqu'à l'extraction possible d'un fœtus vivant et viable, et les grossesses troublées dans leur évolution, soit par la mort du fœtus, soit par une complication proprement dite.

I. — **Traitement des grossesses extra-utérines de plus de cinq mois, avec fœtus vivant.** — La *laparotomie* est la seule opération possible, et les divergences ne portent que sur deux points : l'*époque de l'intervention* et le choix à faire entre l'*extériorisation du kyste* ou son *ablation totale.*

*
* *

Quand faut-il opérer? — Lorsque la grossesse est à terme ou tout au moins assez avancée pour que le fœtus soit viable, l'intervention immédiate s'impose, c'est évident. Il n'en va plus de même en présence d'une grossesse ectopique avec fœtus vivant, mais point encore viable. Faut-il opérer tout de suite, ou faut-il attendre? Quelques chirurgiens n'hésitent pas; ils sont pour l'intervention immédiate et leurs arguments ont leur valeur, puisque, négligeant les intérêts d'un fœtus fréquemment voué à la mort ou aux malformations, ils ont, pour unique souci, de sauver la mère. Il y a, cependant, mieux à faire.

A la vérité, « ce n'est que dans des cas tout à fait exceptionnels qu'on peut extraire par laparotomie un fœtus vivant et viable[1] ». Mais, ces exceptions n'existent pas moins et les interventionnistes auraient tort d'en faire si bon marché. Dans son remarquable et récent traité de gynécologie, Howard A. Kelly (de Baltimore)[2] a repris les statistiques de Harris[3] et réuni, en tableau, 77 cas de grossesse ectopique avec fœtus vivants opérés du septième au neuvième mois. Ces 77 opérations, dont la première remonte à 1809, ont donné 43 enfants vivants et 36 guérisons maternelles. En outre, leur analyse met en évidence, de la façon la plus nette, l'influence de nos méthodes opératoires actuelles sur la proportion des guérisons maternelles : alors que les 20 premières opérations de cette longue série n'ont sauvé que 2 mères, les 20 dernières en ont guéri 15. A cette statistique, s'ajoutent les faits non cités de Pinard[4], Sporlin[5], Crouzat[6], Jarnsku[7], Neuegebauer[8] et de Martin (de Rouen)[9].

La possibilité de sauver mère et enfant ne saurait être mieux établie et même, en présence de ces faits, il n'est pas exagéré de penser que nous trouverons, dans les perfectionnements incessants de notre technique, des gages de sécurité de plus en plus sûrs pour la vie de la mère. De plus, il est excessif de trop arguer des malformations probables des fœtus ectopiques. Orillard[10] a démontré, en effet, que ces malformations, il est vrai, fréquentes, n'en sont pas moins, « la plupart du temps, compatibles avec la vie ». Les observations relevées par Pinard[11] parlent dans le même sens. Il est donc fort naturel de conserver l'ambition de sauver, si possible, l'enfant aussi bien que la mère ; à cette condition formelle, toutefois, que *le sauvetage de*

---

1. Ribemont-Dessaignes et Lepage. — *Loc. cit.*, p. 859.
2. Howard A. Kelly. — *Loc. cit.*, p. 459.
3. R. P. Harris. — *Amer. Journ. of. obstr.*, 1887, p. 114 et *Monats. f. Geb. und Gyn.*, 1897, Bd VI, Heft 2.
4. Pinard. — *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1895, 3e série, T. XXXIV, p. 189.
5. Sporlin. — « Ein Fall von Exhanteme der Schwangerschaft im 8 monat mit Lebendem Kinde ». *Centr. f. Gyn.*, 1897, p. 1265.
6. Crouzat et Jeannel. — *Sem. méd.*, 1897, p. 172.
7. J. Jarnsku. — « Extra-uterus Schwangerschaft. Laparotomie; Lebende Kind. ». *Centr. f. Gyn.*, 1898, p. 333.
8. F. Neuegebauer.— « Extra-uterus Schwangerschaft. Extraction eines Lebenden Kindes ». *Centr. f. Gyn.*, 1898, p. 785.
9. A. Martin (de Rouen). — « Grossesse extra-utérine avec enfant vivant ». *La Normandie médicale*, 1896, p. 183.
10. Orillard. — *Th. doct.*, Paris, 1894.
11. Pinard. — *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1895, 3e série, T. XXXIV, p. 198.

l'enfant n'entraîne jamais l'ombre d'un péril pour la vie de la mère.

Si nos convictions d'homme sont, et doivent être, à ce dernier point de vue, non pas seulement fermes, mais tout à fait intransigeantes, il n'en résulte malheureusement pas que notre conduite de chirurgien soit à l'abri des inévitables indécisions que réserve la pratique. Tout ce que l'on peut dire, c'est que le droit d'attendre n'est légitime que si l'on est en mesure de parer à ses périls par une surveillance quotidienne qui permette d'agir, à la moindre indication; qu'elle provienne d'une complication brusque, ou qu'elle relève, simplement, des souffrances et de l'affaiblissement général qui menacent trop souvent la mère en pareil cas.

Ajoutons que même pour les chirurgiens partisans de cette expectation armée, il reste encore des doutes sur le meilleur moment de l'intervention : les uns opèrent dans le 7e mois ; d'autres, avec Pinard préfèrent attendre le 8e et même le 9e mois, et, bien que mes tendances personnelles soient pour l'opération faite le plus vite possible, je crois délicat de se prononcer sur la meilleure de ces deux attitudes. Admettre avec Frænkel et Pozzi[1] qu'on peut se guider sur « l'examen extérieur du fœtus, sur son volume appréciable à la palpation, pour juger du moment de l'intervention », ne précise pas autant qu'on pourrait le croire une solution qui reste une question de tact, et je préfère beaucoup dire avec Pinard qu'il convient de laisser aux « circonstances » le soin d'indiquer le bon moment de l'intervention. A tant faire que d'attendre, il vaut donc peut-être mieux, *quand on le peut sans aucun péril pour la mère*, attendre, non pas les phénomènes du faux travail, car à ce moment, Pozzi l'observe avec raison, « une opération serait tout à fait intempestive, à moins qu'il n'y ait des phénomènes d'hémorrhagie internes graves qui forcent la main », mais attendre assez pour laisser le fœtus se développer jusqu'à son maximum de viabilité. C'est la conduite que nous avons adoptée avec Pinard, dans le cas dont il a entretenu l'Académie en 1895, et le beau succès obtenu nous a donné raison[2].

*
* *

L'opération étant décidée à terme ou avant terme, *comment faut-il opérer?* Quelques auteurs discutent encore les avantages possibles de

1. S. Pozzi. — *Loc. cit.*, p. 962.

2. A. Pinard. — « Grossesse extra-utérine diagnostiquée au 6e mois, opérée à une époque rapprochée du terme. Extraction d'un enfant vivant. Suites heureuses pour la mère et pour l'enfant ». *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1895, 3e série, T. XXXIV, n° 31, p. 189.

l'*élytrotomie*. Mais, en dépit des quelques succès qu'elle a par hasard donnés, on doit, ainsi que Lawson Tait l'a fait, l'un des premiers, la repousser absolument. Je n'en parle donc, à mon tour, que pour mémoire et considérant l'unique opération possible, c'est-à-dire la *laparotomie*, j'arrive à la seule question à discuter. Faut-il procéder à l'ablation totale, ou faut-il simplement ouvrir le kyste, extraire le fœtus *sans toucher au placenta* et se contenter de l'*extériorisation* du sac? Et je le rappelle dès maintenant, pourquoi cette hésitation? C'est le placenta qui en est presque seul responsable, de par sa vascularisation, sa friabilité, ses adhérences et ses implantations si fréquentes, en dehors de la trompe, sur l'intestin et sur les parois pelviennes; toutes conditions qui doivent nous faire redouter « beaucoup moins la septicémie par rétention que l'hémorrhagie par extraction immédiate » (Pinard). Aussi bien, le vrai problème se réduit-il à ceci : faut-il, oui ou non, laisser le placenta?

Pour les chirurgiens, et je suis du nombre, qui ont pu, d'une part, se mesurer eux-mêmes avec les dangers hémorrhagiques formidables de l'ablation d'un placenta bien vivant, et vérifier, d'autre part, que son élimination, quand il est laissé en place, se fait « aussi facilement après extraction d'un enfant vivant, qu'après extraction d'un enfant mort », la réponse n'est pas douteuse; c'est l'opinion de Pinard qui doit l'emporter et, abstraction faite de deux cas sur lesquels je reviendrai (absence de sac et décollement placentaire amorcé au moment de l'opération), la nécessité de ne pas toucher au placenta s'impose, non pas seulement comme un acte de prudence, mais comme une règle absolument impérative.

*
* *

Affirmer n'est point prouver; voyons donc ce que nous enseignent le raisonnement, les faits, et surtout leur interprétation.

L'argumentation des partisans de l'extirpation se résume dans les accusations suivantes : la prétendue simplicité de la marsupialisation n'est qu'apparente; et, bien souvent, la *friabilité des parois du sac* complique beaucoup la fixation pariétale. Même réflexion sur sa bénignité que des *hémorrhagies graves* risquent de compromettre pendant toute la durée de l'élimination placentaire. Parmi les autres méfaits, se rangent les périls septiques de toute *suppuration prolongée*, la longue durée de la cicatrisation, la *survie possible d'un état fistuleux* et la fréquence des *éventrations consécutives*. Par contre, au lieu et place de

ces graves inconvénients, l'ablation totale apporterait avec elle tous les avantages d'une opération complète, d'une guérison rapide et d'un manuel opératoire qui, pour être parfois difficile, n'en reste pas moins à la portée de tout chirurgien expérimenté. Enfin, considération plus décisive encore, les statistiques postérieures à la période préantiseptique, et seules dignes d'attention, confirment tout ce qui précède, puisque sur 40 cas relevés par Pozzi, depuis 1886, 11 extirpations totales ont fourni 11 succès, alors que 20 marsupialisations ont donné 11 morts.

Comment répondre à cette victorieuse argumentation? La chose paraît, à coup sûr, difficile. Mais, à la réflexion, elle se simplifie pas mal.

Il manque d'abord au plaidoyer précédent une prise en considération de l'opérée elle-même, de son état de santé général et de sa force de résistance. Cette lacune impressionne médiocrement, peut-être, ceux qui, pour simplifier, voudraient qu'en pratique le rituel fût tout et le malade peu de chose, mais elle n'est pas moins sérieuse. Ici, comme pour toutes les grosses opérations permises depuis l'antisepsie, on oublie trop que *possibilité* n'entraîne pas toujours *indication* et que le succès a d'autres facteurs que l'asepsie ou la virtuosité de l'opérateur ; si bien qu'en maintes circonstances le mieux peut devenir le grand ennemi du bien et que, devant la nécessité fréquente de proportionner l'intervention à la dose de résistance des patients, les opérations idéales doivent souvent céder le pas aux manœuvres plus modestes et moins traumatisantes. Or, en bien des circonstances, telle est ici la vraie situation. A supposer que l'extirpation soit la bonne opération, lorsqu'elle n'est pas trop laborieuse, ce qui est, du reste, la vérité, il n'en demeure pas moins certain que, dans un grand nombre de cas, l'état des malades et la complexité de l'ablation totale imposent le choix de l'intervention la plus simple.

Les preuves arithmétiques seraient-elles suffisantes pour diminuer la portée de cette considération? En aucune manière. Et Labadie-Lagrave et Legueu l'ont fort bien dit, lorsqu'ils ont relevé cette conclusion mathématique, mais paradoxale, que l'opération la plus complexe est moins dangereuse que la plus simple. « Est-il besoin de faire remarquer, écrivent-ils, que ces statistiques composées de faits isolés, appartenant à des opérateurs différents, n'ont qu'une valeur relative? Ce fait que, trop souvent, les opérations heureuses sont seules à voir le jour, enlève toute garantie au pourcentage tendant à établir la gravité réelle de tel ou tel mode d'intervention. » Rien de plus juste, et, très certainement,

on doit surtout s'en référer aux « statistiques intégrales donnant la série complète des cas opérés par un même chirurgien ».

*
* *

Quand on suit ce conseil, les preuves que les partisans de l'extirpation croient trouver dans les chiffres perdent singulièrement de leur valeur. J'en veux pour témoignage la statistique de Pinard qui, dans une série de vingt-six opérations comprenant dix-sept cas de marsupialisation, n'a pas eu « un seul accident grave causé par la rétention placentaire » [1]. Sur ces dix-sept marsupialisations, il y a bien eu un décès [2], le seul de la statistique, mais il n'est, en aucune manière, imputable à l'abandon du placenta. Il a suivi une laparotomie faite *in extremis;* et, comme je l'ai répondu à Picqué, une ablation totale n'aurait certainement pas modifié le résultat. Les constatations faites à l'autopsie démontrent du reste qu'elle eût été impossible. La paroi antérieure du kyste était, en effet, parcourue, dans toute son étendue, par une anse intestinale en fronde dont les solides adhérences s'opposaient à tout décollement.

La lecture des observations de Pinard suffit, en même temps, à montrer que la *lenteur* des éliminations placentaires, les *complications hémorrhagiques septiques, suppuratives* ou *fistuleuses* n'ont pas la fréquence qu'on leur prête. On y trouve aussi la preuve que l'argument tiré des difficultés que la *friabilité des parois kystiques* peut apporter à leur fixation n'est pas sérieux. J'en reparlerai du reste plus loin. Quant aux *éventrations consécutives*, elles sont vraiment trop habituelles à la suite des extirpations laborieuses, laissant après elles de larges surfaces cruentées dont le drainage indispensable empêche la fermeture complète de la paroi abdominale, pour qu'on puisse reprocher à la marsupialisation les faiblesses de cicatrice qu'elle peut entraîner. A supposer que l'argument soit décisif, il devrait nous faire opter, non point pour la seule ablation du kyste, mais pour la castration abdominale totale; et j'imagine que dans le cas actuel, ce serait, pour un mince avantage, faire courir à nos opérées de bien gros risques.

---

1. A. Pinard. — « Documents pour servir à l'histoire de la grossesse extra-utérine, in *Ann. de Gyn.*, avril 1889; juillet, août, septembre 1892 ». *Bull. de l'Acad. de méd.*, 6 août 1895. *Fonctionnement de la clinique Baudelocque*, 1893, 1894, 1895, 1896, 1897.

2. A. Pinard. — « Documents pour servir à l'histoire de la grossesse extra-utérine ». Paris, 1892, p. 39, obs. VI.

*
* *

C'est donc à bon escient que, pour ma part, je crois qu'il faut souscrire sans réserve aux opinions dont PINARD s'est fait le défenseur. Et pour l'instant, la conclusion la plus sage me paraît bien celle-ci : *dans les grossesses ectopiques de plus de cinq mois avec fœtus vivant, on doit, en règle générale, renoncer à l'ablation du kyste, et se contenter de son extériorisation en abandonnant, comme le conseillait jadis Baudelocque, « l'expulsion du placenta à la nature »*. A cette règle, il y a toutefois trois exceptions : la *première* concerne les quelques grossesses tubaires dont la facile énucléabilité peut autoriser l'ablation. La *deuxième* se rencontre quand on se trouve en présence d'une hémorrhagie par décollement partiel d'un placenta qu'il est indispensable d'enlever complètement, pour obtenir l'hémostase. La *troisième*, enfin, répond aux cas dans lesquels il n'y a pas de sac, ainsi qu'il arrive quand il y a *rupture secondaire du sac*, avec *fœtus libre dans la cavité abdominale*. Et, dans ces conditions, il ne saurait pas plus être question de marsupialiser une poche qui n'existe pas que d'abandonner un placenta dont l'ablation, coûte que coûte, s'impose aussi nettement.

*
* *

La technique à suivre pour ouvrir le kyste, extraire le fœtus et suturer la poche à la paroi est trop connue pour que j'y insiste. Je rappellerai seulement, avec CHAPUT[1], qu'après la découverte de la tumeur par laparotomie, il est tout à fait inutile de suturer provisoirement le kyste fœtal à la paroi, avant de l'ouvrir, ainsi qu'on le conseille. Cette suture est une sérieuse perte de temps, et de plus, elle gêne les manœuvres d'extraction du fœtus. Quant au pansement nécessaire pendant l'élimination placentaire, nous avons, chacun le sait, tous les moyens voulus d'aseptiser le foyer et d'éviter la série des complications suppuratives, autrefois si redoutables. L'élimination du placenta est un peu plus longue après extraction d'un enfant vivant qu'après celle d'un fœtus mort; mais elle ne se fait pas moins bien. Dans le cas qui nous est personnel, à PINARD et à moi, elle s'est terminée du vingt-sixième au trente-deuxième jour.

---

1. CHAPUT. — *Loc. cit.*

II. — Traitement des grossesses extra-utérines de plus de cinq mois, dont l'évolution est troublée, soit par une complication proprement dite, soit par la mort du fœtus.

A. — Traitement des grossesses ectopiques de plus de cinq mois, compliquées d'hémorrhagie par rupture ou de péritonite suppurée périkystique. — L'*hémorrhagie par rupture* peut, comme l'a montré Pinard, se présenter sous deux formes : celle de l'*inondation péritonéale* et celle des *hémorrhagies lentes ou successives*. Dans les deux cas, la laparotomie s'impose avec la même urgence que pour les grossesses plus jeunes. J'ajoute que s'il est encore indiqué de faire, ici, tous ses efforts pour se contenter de l'*extériorisation du kyste,* on doit s'attendre à ce que les difficultés de l'hémostase exigent des interventions beaucoup plus complexes et nécessitent, en particulier, l'*ablation complète du placenta,* lorsque son décollement partiel préalable se trouve la cause principale de l'hémorrhagie.

Quant aux *lésions péritonéales* inflammatoires et suppuratives, se développant autour du kyste fœtal, ou bien elles ne sont que le résultat de l'évolution même de la grossesse, et leur histoire se confond avec celle du kyste fœtal qu'elles entourent de *fausses membranes* plus ou moins épaisses; ou bien, ainsi qu'il arrive en cas de *péritonite suppurée par perforation* ou *par propagation*, elles ne font que précipiter l'*urgence de l'intervention,* sans en modifier beaucoup la nature. Et par conséquent, leur traitement ne mérite pas de description particulière. On sait, du reste, que la péritonite suppurée implique presque nécessairement la mort du fœtus.

B. — Traitement de la grossesse extra-utérine de plus de cinq mois avec fœtus mort. — En présence de cette variété de grossesse ectopique, le principe de l'intervention rallie maintenant tous les suffrages, et la sécurité actuelle des opérations abdominales ne laisse plus qu'une valeur historique aux arguments qui légitimaient autrefois l'expectation indéfinie et la faisaient préconiser par ceux-là mêmes qui lui reconnaissaient une mortalité supérieure à 50 pour 100. Mais, nous nous trouvons aux prises avec les mêmes divergences que tout à l'heure, sur le choix et sur la meilleure époque de l'intervention. La réponse convenable à cette double question varie, du reste, suivant que le fœtus est mort depuis peu, mort depuis un certain temps, ou si modifié, qu'il est devenu l'*ossuaire* d'un vieux kyste fœtal, toléré sans accident ou suppuré. J'envisagerai donc à part ces trois conditions.

*
* *

1° *Grossesse ectopique avec mort récente du fœtus. — Quand faut-il opérer ?* — Quand la *mort du fœtus est récente*, la grossesse est assimilable à la grossesse avec fœtus vivant. Les difficultés opératoires et les complications hémorrhagiques provenant de la vascularisation placentaire sont les mêmes. Il est donc naturel que, sauf urgence, on adopte la conduite de ceux qui conseillent avec Kaltenbach, Fraenkel, Litzmann, Wœrth, Maygrier et Pinard, de ne pas opérer dans les quelques jours qui suivent la mort, et d'attendre le ralentissement de la circulation inter-kysto-placentaire. On objecte à cette manière de voir que la suspension de la circulation placentaire peut réclamer des mois, et que les gros risques d'une pareille attente doivent l'emporter, au bénéfice de l'intervention précoce. L'objection est fort juste; et si longue expectation n'est à coup sûr pas défendable. Mais, lorsqu'elle ne porte que sur les six premières semaines, lorsqu'il est bien entendu qu'à la première alerte on est prêt à intervenir, on ne peut, en vérité, que trouver avantage à ne pas trop se presser. Pinard n'a jamais demandé plus. Il insiste même beaucoup sur la nécessité de ne pas attendre le retour des règles et les menaces de rupture par hyperdistension kystique dont elles sont généralement le signal.

Comment faut-il opérer ? — La même similitude se retrouve dans les indications thérapeutiques. Que le fœtus soit vivant ou mort depuis peu, l'élytrotomie doit être repoussée. Ici comme là, les tentatives d'ablation entraînent des périls si positifs que, abstraction faite des trois exceptions déjà notées (grossesse tubaire, offrant une énucléabilité relativement facile — hémorrhagie par décollement placentaire — absence de sac avec fœtus libre dans la cavité abdominale), *il faut, en règle générale, que l'intervention se borne à l'extraction du fœtus avec simple extériorisation du kyste et abandon du placenta*[1].

*
* *

2° *Grossesse ectopique avec fœtus mort depuis longtemps. — Quand faut-il opérer ?* — Lorsque le *fœtus est mort depuis longtemps* et parfaitement toléré, il n'y a plus prise au doute; et, puisqu'il est bien

1. Dans les cas où l'on juge prudent de ne pas enlever le placenta, Negri a conseillé de faire la résection partielle du sac, de suturer sa calotte restante au-dessus du placenta et d'abandonner le tout dans le ventre. Bien que l'atrophie et la résorption spontanée du placenta soient, paraît-il, possibles, il serait trop périlleux de compter sur cette éventualité et je crois que le procédé de Negri ne doit jamais être employé.

convenu qu'on ne doit pas plus compter sur le lithopédion que sur les guérisons par ouverture spontanée, puisqu'on doit au contraire songer uniquement aux accidents dont le kyste fœtal peut être le point de départ, même à très longue échéance (suppuration, étranglement interne, etc.), chacun trouve qu'il vaut mieux prévenir qu'attendre, et chacun s'entend, par conséquent, sur la nécessité d'opérer dès que le diagnostic est porté.

*
* *

Comment faut-il opérer? — Faut-il extérioriser ou enlever? Et si l'on opte pour l'ablation par laparotomie, faut-il enlever le kyste seulement ou faire la castration totale? Dans la *grossesse avec mort ancienne du fœtus*, on peut être moins réservé que dans le cas précédent. C'est qu'en effet, au fur et à mesure qu'on s'éloigne de la mort du fœtus, l'anatomie et la physiologie du kyste fœtal se modifient notablement. Les tissus perdent peu à peu la friabilité et la riche vascularisation qui, durant toute la puerpéralité, rendent si périlleuse et si délicate toute intervention chirurgicale trop offensive. Et, bien que la complexité des lésions péritonéales et la solidité des adhérences ne puissent que s'accroître avec le temps, le kyste fœtal et l'ensemble des lésions qu'il développe autour de lui n'en forment pas moins une masse qui se rapproche, de plus en plus, des tumeurs banales qu'on sait maintenant extirper, en dépit des connexions les plus compliquées et des difficultés manuelles les plus sérieuses. Il est donc bien rationnel que, dans ces conditions nouvelles, l'abandon du placenta n'ayant plus que des inconvénients, on soit autorisé à donner plus souvent aux opérées les bénéfices des interventions larges et complètes; et voici comment les indications opératoires doivent être alors envisagées:

L'*élytrotomie* reprend un peu ses droits. Dans les cas où le kyste fœtal plonge fortement dans l'excavation, la vessie et l'utérus ayant été déplacés latéralement et le placenta n'étant pas inséré à la face inférieure du kyste, il est très naturel de ne pas chercher mieux. C'est ce que Pinard a fait trois fois avec succès. Son premier cas de grossesse extra-utérine, ainsi traitée, a été communiqué à l'Académie de médecine, le 19 Février 1884. Le fœtus s'était développé jusqu'à terme, et son extirpation vaginale a été faite deux mois après la mort. Ces trois observations s'ajoutent aux faits cités par Maygrier, Schauta et Henrotin [1]

1. Henrotin (de Chicago). — « Vaginal section for extra-uterine pregnancy », *Amer. gynec. and obst. Journal*, 1896, Vol. IX, n° 2, p. 151.

pour montrer les avantages possibles de l'élytrotomie. En dehors des quelques cas justiciables de la voie vaginale, *la simple extériorisation du sac, au niveau de la paroi abdomidale, reste, par la simplicité de son exécution et la qualité de ses résultats, l'opération de choix dans la majorité des cas.* D'autant que l'éradication du placenta devenant ici nécessaire, tous les inconvénients relevant de sa lenteur d'élimination disparaissent et la cicatrisation se fait dans les meilleures conditions. Quinze à vingt jours suffisent, en général, à la disparition de la poche, et, de plus, « les parois du kyste se résorbent de telle façon qu'après deux mois, il n'en reste plus trace. » Les observations de Treub, Lithoski, Cheider, Fromens, Picqué et celles de Pinard en témoignent. Parmi les observations classées au nombre des extirpations, il en est même qui ne prouvent que les bénéfices de l'extériorisation. Tel, ce cas remarquable de grossesse extra-utérine gémellaire, avec rétention pendant quinze ans d'un fœtus mort à terme, que Follet (de Lille)[1] a guéri par laparotomie, mais non point avec « extirpation du sac et de son contenu », comme le dit le titre de l'observation, puisque les 5/6 du sac seulement ont cédé aux tractions et que le 1/6 restant a été marsupialisé. De tous les reproches qu'on fait à l'extériorisation, il n'en survit donc ici que deux : les difficultés possibles de la suture pariétale, de par la friabilité des parois kystiques, et les éventrations consécutives. Comme je l'ai dit plus haut, il ne me paraît pas qu'on puisse trouver là une cause sérieuse d'infériorité opératoire.

La difficulté de suturer des parois trop friables se rencontre et il faut la connaître. C'est même elle qui, malgré les succès comme celui de Follet, doit souvent nous empêcher de céder au désir d'abréger la guérison par une résection plus ou moins étendue des parois kystiques. Et ceci m'est une occasion de rappeler que, pour laisser à l'extériorisation du kyste l'idéale simplicité qui en fait la valeur, il vaut souvent mieux se borner à son incision pure et simple. Pour faire plus, il faut, en effet, commencer plus ou moins l'attaque des adhérences. Et dans cette voie, ici comme dans toutes les laparotomies exploratrices, il est plus sage de ne rien faire du tout que de rester incomplet. D'autant que dans le cas particulier de fœtus mort, et notamment quand « la malade a de la fièvre indiquant une résorption putride », toute tentative de

---

1. Follet (de Lille). — « Grossesse extra-utérine gémellaire, probablement tubaire ; rétention pendant quinze ans d'un fœtus mort à terme. Laparotomie. Extirpation du sac et de son contenu. Guérison. *Ann. de Gyn.*, 1896, tome LXV, p. 190.

décortication « offre le plus grand danger, car elle expose la surface cruentée à l'infection par le contenu septique du sac[1] ». C'est même pour éviter cette infection qu'on a conseillé, soit l'incision en deux temps, c'est-à-dire l'incision kystique après deux jours de tamponnement de la plaie abdominale, soit la suture du sac à la paroi avant de l'ouvrir. Mais ce sont là des retards inutiles ; avec des compresses et un peu d'habitude, rien de simple comme d'éviter l'effusion intra-péritonéale d'un contenu kystique quelconque.

*
* *

Il faut enfin savoir qu'il est des cas où la marsupialisation n'est pas seulement difficile, mais impossible. C'est en particulier ce qui arrive pour les cas, déjà cités, de *rupture secondaire du kyste fœtal avec fœtus libre dans la cavité péritonéale,* et, par conséquent, absence de toute paroi kystique isolable. C'est alors, du reste, que l'ablation du placenta s'impose, aussi bien que la toilette, aussi complète que possible, de son foyer d'implantation; cela fait, le tamponnement et le drainage assurent, comme d'habitude, le succès de l'intervention. C'est la conduite que nous avons suivie, Pinard et moi, sur une femme opérée à la clinique Baudelocque le 15 Janvier 1891[2]. Il s'agissait d'une multipare de trente-huit ans, dont l'observation se résume ainsi : grossesse extra-utérine ayant évolué jusqu'au 6e mois, rupture du sac, fœtus à nu dans la cavité péritonéale, laparotomie trois mois après la mort du fœtus, guérison. Le fœtus pesait 580 grammes et la masse placentaire énucléée en totalité 450 grammes. Nous avons jugé prudent de drainer sans fermer complètement la plaie abdominale, et, vingt-quatre jours après, la cicatrisation était achevée.

Quand la toilette péritonéale est assez nette pour éloigner toute crainte de suintement ou d'hémorrhagie consécutive, on peut tenter de faire mieux encore, en fermant complètement la plaie abdominale. Le 27 Avril dernier, Doléris[3] s'est ainsi comporté dans un cas analogue au nôtre, et son opérée a très bien guéri. Comme autre moyen de fermer complètement la plaie abdominale, sans péril de rétention, dans les cas de ce genre, on pourrait aussi, quand la disposition du sac placentaire le

---

1. Pozzi. — *Loc. cit.*, p. 966.
2. *Fonctionnement de la clinique Baudelocque en 1891.* Paris, 1892, p. 74.
3. Doléris. — *Bull. et mém. de la Soc. obst. et gyn. de Paris.* (Séance du 12 Mai), n° 5, p. 107.

permet, le suturer après ablation de son contenu et l'extérioriser vers le vagin, à la manière de Martin.

Quant aux éventrations consécutives reprochées à l'extériorisation abdominale, on a exagéré leurs inconvénients, et, pas plus que la friabilité des parois kystiques, elles ne sauraient nous faire renoncer aux autres avantages de la marsupialisation. D'autant que le procédé de Martin n'est pas seulement applicable, ainsi que je viens de le dire, aux cas de fœtus libre, alors que le sac est réduit à ce qui entoure le placenta. Il est non moins recommandable dans les cas de sac complet, lorsqu'il est possible, après ablation du placenta, de réséquer, sans trop de difficultés, une bonne partie des parois kystiques. Rien n'est alors plus rationnel que de faire, avec ce qui reste, un sac de dimension minimum dont on assure le drainage par une contre-ouverture vaginale, et de se placer ainsi dans les conditions voulues pour que la suture complète et très soignée de la plaie de la paroi abdominale soit possible.

*
* *

J'arrive aux deux opérations radicales : l'*ablation du kyste* et la *castration utéro-annexielle totale.*

L'*extirpation totale* peut être tentée, comme toujours, dans les cas bien rares de grossesse ectopique ayant, par exception, la forme tubaire. Il est même ici permis d'en étendre l'application à des cas plus complexes encore. Quelques observations probantes en témoignent. *Deux conditions* me paraissent, toutefois, indispensables pour légitimer l'extirpation totale.

La *première,* c'est que les manœuvres de décortication ne soient pas trop laborieuses, et que l'état général de la patiente la mette en état de les supporter; double appréciation qui relève uniquement du coup d'œil de l'opérateur, et qui, de plus, doit être portée dès l'ouverture du ventre. Car, en pareille occurrence, rien de plus mauvais que les opérations inachevées. Et qu'on ne s'y trompe pas, tout en reconnaissant que l'extirpation totale est plus souvent permise avec un fœtus mort qu'avec un fœtus vivant, il faut bien savoir que ses indications n'en demeurent pas moins exceptionnelles. Dans le plus grand nombre des cas de kystes volumineux, le traumatisme de l'opération nécessaire dépasse, en effet, de beaucoup, la résistance des malades. Bien souvent, du reste, les manœuvres de libération sont vraiment impossibles. Sans doute, on peut toujours détruire des adhérences, si complexes et si vasculaires qu'elles soient. Mais, en vérité, quand l'opération se rapproche par trop

d'une préparation anatomique, quand elle nécessite la dénudation de l'aorte et de ses branches terminales, ainsi que je l'ai vu dans un cas, c'est folie de s'atteler à semblable besogne.

La deuxième condition, c'est que les manœuvres de décortication et d'extirpation ne soient pas telles qu'elles exigent un tamponnement excessif des surfaces cruentées. Car, entre autres inconvénients, ces drainages conduisent presque sûrement aux éventrations consécutives, et, par conséquent, dans les cas de ce genre, on arrive à cette conclusion déjà formulée : qu'à tant faire que d'extirper, il vaut mieux tout enlever et faire la castration totale. Le raisonnement n'est, du reste, pas seul à dicter cette décision; et, dans bien des cas, ce sont les difficultés mêmes de l'ablation isolée du kyste, et l'impossibilité d'obtenir une hémostase convenable du foyer opératoire, qui s'en chargent seules. J'en veux pour preuve les observations d'*hystérectomie abdominale,* plus ou moins totale, publiées par Hoffmann, Turner, Braünn, Routier et Pantaloni[1]. Il va de soi que le siège tubo-interstitiel de la grossesse et que la coexistence d'un néoplasme du corps utérin sont encore à noter parmi les indications de l'hystérectomie abdominale. C'est ainsi que Mac-Nutt[2] a hystérectomisé l'une de ses opérées, parce qu'elle avait un gros fibrome utérin en même temps que sa grossesse extra-utérine, et que Treub[3] a fait une amputation supra-vaginale pour une grossesse interstitielle arrivée à trois semaines du terme.

*
* *

Ce qui précède montre, sans qu'il soit possible d'insister beaucoup plus, ce que sont, à l'heure actuelle, les indications possibles et rares de la castration utéro annexielle totale.

Je sais bien que certains chirurgiens les voudraient beaucoup moins réservées. Et, pour entendre la note qu'ils croient juste, il suffit de parcourir la récente publication de G. Pantaloni. A propos du cas très remarquable d'hystérectomie abdominale totale que je viens de citer, notre collègue déclare que, s'il est vrai qu'on puisse, « à première vue », penser « que cette intervention est plus grave que l'ablation simple et

1. Pantaloni (de Marseille). — « 3 cas de grossesse extra-utérine opérés par des procédés différents et suivis de guérison ». *Arch. provinc. de chir.*, 1898, T. VII, n° 2, p. 82.

2. Mac-Nutt. — *Journal of Amer. med. association*, 1894 (obs. citée par Pantaloni).

3. Treub. — « Grossesse interstitielle et tubo-utérine droite. Laparotomie pratiquée trois semaines environ avant l'époque du terme. Fœtus libre dans la cavité péritonéale. Amputation supra-vaginale de l'utérus. Mort de l'enfant quelques jours après l'opération. Mère guérie. *Bull. et mém. de la Soc. obs. et gyn. de Paris*, 1894, p. 40.

beaucoup plus sérieuse que la marsupialisation », il n'en demeure pas moins « convaincu que les faits démontreront bientôt qu'il n'en est rien, au moins pour les chirurgiens rompus à la pratique des opérations abdominales ». Aussi bien pense-t-il que l'hystérectomie abdominale n'est pas seulement indiquée à titre complémentaire, pour terminer au mieux l'opération, quand l'extirpation du sac seule est trop laborieuse, mais que « dans bon nombre de cas, on doit la préférer à l'extériorisation du kyste ».

Notre collègue n'aurait-il pas trop oublié qu'en chirurgie opératoire « la grande sagesse consiste à peser ses conquêtes et à apprécier ses résultats[1] »? Je m'excuse beaucoup de ce soupçon, mais je n'en reste pas moins surpris que, sous l'influence de la satisfaction, d'ailleurs très légitime, que lui a causée son unique et très beau succès personnel, notre distingué collègue ait fait si bon marché de l'opération similaire de Routier, et surtout des enseignements que ce dernier chirurgien et son rapporteur à l'Académie ont cru devoir en tirer. Puisque notre collègue Pantaloni ne s'adresse qu'aux chirurgiens rompus à la chirurgie, il ne peut en vérité souhaiter meilleur interlocuteur que Routier. Or, après avoir insisté sur tous les détails de son observation, et sur les difficultés d'une intervention qu'il n'a pu terminer sans blesser l'uretère et la vessie, Routier arrive à cette conclusion que, « quand on attaque une grossesse ectopique de plus de cinq mois, il est sage de se contenter de l'ouverture du kyste, de l'ablation du fœtus et du drainage de la poche, comme l a conseillé le professeur Pinard, en laissant surtout le placenta en place si l'enfant est encore vivant[2] ».

A cela, Pantaloni riposte que Routier n'aurait pas rencontré les mêmes difficultés opératoires si « dès le début, il avait considéré le fœtus et l'utérus comme formant une seule et unique masse et s'il avait attaqué cette dernière comme un gros fibrome utérin par ablation abdominale totale ». Ceci est possible. Je suis moi-même porté à le penser, pour toutes les raisons qui, selon moi, font en pareil cas la supériorité de l'hystérectomie abdominale totale pratiquée suivant la méthode américaine. Par contre, lorsque notre collègue marseillais s'étonne de voir Routier prétendre « que l'opération qu'il relate est mauvaise, puisque sur un cas qu'il cite il a eu une guérison », lorsqu'il affirme que d'avoir

---

1. Trélat. — *Loc. cit.*, p. 9.
2. Routier. — Rapport de Pinard sur deux observations de grossesse extra-utérine communiquées par MM. Routier et Tuffier. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1897, T. XXXVII, p. 756.

« troué la vessie et sectionné l'uretère », sont des incidents négligeables, puisqu'il n'y a « qu'à fermer la plaie de la vessie et aboucher l'uretère dans le même organe pour sortir de ce mauvais pas », il me paraît délicat d'abonder dans le même sens. Et, comme l'a dit PINARD, si l'observation de ROUTIER met une fois de plus en lumière son sang-froid et sa maîtrise, elle n'en prouve pas moins qu'en dépit des succès possibles de l'hystérectomie abdominale totale, en cas de grossesse ectopique, il faut encore considérer comme très limitées les indications de cette intervention idéale mais périlleuse.

Les perfectionnements ultérieurs de notre technique nous permettront-ils plus d'audace? C'est possible, mais pour l'instant, il paraît tout au moins sage d'observer des réserves qui peuvent se résumer de la façon suivante : *La castration utéro-annexielle abdominale totale doit être réservée uniquement aux cas dans lesquels une ablation de kyste fœtal ayant été commencée, on juge qu'il serait impossible de la faire isolément, sans manœuvres longues et laborieuses qui dépasseraient la force de résistance des malades. Elle donne alors le moyen de simplifier les choses, d'aller plus vite, et d'éviter les inconvénients d'un large drainage sus-pubien. Pour des raisons d'un tout autre ordre, le siège tubo-interstitiel de la grossesse, ou la présence d'un néoplasme utérin concomitant sont, à leur tour, des indications non douteuses de l'hystérectomie abdominale.*

*
* *

Il est du reste une considération dont je n'ai pas encore parlé, et qui s'ajoute à toutes les autres, pour nous inviter à beaucoup de modération, lorsqu'il s'agit de discuter l'opportunité d'une ablation totale, en cas de grossesse ectopique, quel que soit son âge. Je veux parler de la possibilité de grossesse normale chez les femmes antérieurement opérées pour grossesse ectopique. Tout récemment encore, à propos d'un cas de grossesse extra-utérine, avec kyste fœtal sous-hépatique, opéré par TUFFIER deux mois après un accouchement spontané à terme, PINARD[1] insistait sur cette possibilité des grossesses normales ultérieures. L'importance de cette éventualité, est du reste mise en pleine lumière par les faits que FUNCK-BRENTANO[2] vient de réunir dans sa thèse inaugurale. Son relevé porte sur 127 femmes, dont quelques-unes ont

1. PINARD. — *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1897, T. XXXVII, p. 757.
2. FUNCK-BRENTANO. — « Des grossesses utérines survenant après la grossesse extra-utérine », *Th. doct.*, Paris, 1898.

eu plusieurs grossesses, si bien que les 127 femmes ont fait 188 enfants. 93 d'entre elles sont devenues grosses avec des kystes fœtaux préalables non opérés[1]; les 34 autres sont, au contraire, des anciennes opérées, et l'analyse de leurs observations respectives a permis à Funck-Brentano de conclure que l'évolution normale des grossesses est *presque la règle* chez les femmes ayant été opérées, et que *c'est l'inverse* pour les femmes non opérées. De toutes les complications observées dans ce dernier cas, « l'avortement est la plus fréquente », et l'inflammation du kyste « la plus redoutable ». Sur 11 décès de femmes non opérées, 8 et probablement 9 morts relèvent de cette dernière cause.

Est-il nécessaire de beaucoup insister sur la valeur de ces documents? Je ne le crois pas. Et sûrement, il vaut mieux les retenir que de trop songer, par opposition, aux possibilités de récidive de la grossesse ectopique elle-même dont L. Meyer[2], Frankenthal[3], Abel[4], Ross[5] et Kokmann[6] ont donné des exemples partout cités. En effet, si la statistique de Funk-Brentano établit, une fois de plus, le bien-fondé de la formule de Pinard sur la nécessité d'opérer toujours toute grossesse extra-utérine diagnostiquée, elle montre, en outre, combien nous devons rester soucieux de laisser à nos opérées la possibilité d'une maternité ultérieure.

*
* *

3° *Grossesse ectopique devenue vieux kyste fœtal toléré sans accident ou suppuré.* — Le kyste fœtal ancien, suppuré ou non suppuré, n'a guère de particulier que son contenu, que son *ossuaire fœtal*, comme le nomme Pozzi. Mais, abstraction faite des manœuvres un peu spéciales que nécessite par conséquent son évacuation, il n'en reste pas moins assimilable à un kyste quelconque, et notamment à un kyste dermoïde. Il est donc inutile d'insister sur le traitement de semblables tumeurs. Le *kyste fœtal suppuré* m'arrêtera seul un instant.

Comme dans toute collection kystique, l'intervention immédiate s'impose, aussi bien quand la tumeur forme une collection unique,

---

1. G. Lemonnier a récemment publié une intéressante observation de cette nature. Il s'agit d'une grossesse extra-utérine qui s'est ouverte au bout de vingt-quatre ans dans l'intestin et dans cet intervalle, il y a eu deux grossesses à terme et normales. *Bull. et mém. de la Société obstr. et gyn. de Paris*, 1898, séance du 10 Mars, n° 3, p. 31.
2. L. Meyer. — Hosp. Tidende, 1890, T. VIII, p. 677.
3. Frankenthal. — *Centr. f. Gyn.*, 1897, p. 283.
4. K. Abel. — *Arch. f. Gyn.*, 1893, Bd XLIV, p. 55.
5. W. Ross. — *Amer. J. of Obst.*, 1896, T. XXIII, p. 234.
6. O. Kokmann. — *Centr. f. Gyn.*, 1897, p. 1221.

que dans les cas plus graves caractérisés par la coexistence de lésions péritonéales suppuratives, plus ou moins complexes, produites soit par propagation infectieuse, soit par effraction purulente. Dans ce dernier cas, on peut être conduit, d'urgence, aux laparotomies les plus graves. Et celles-ci, suivant la circonstance et des indications impossibles à détailler sans refaire toute l'histoire des tumeurs abdominales compliquées, se terminent soit par des ablations totales, soit par des interventions incomplètes, suivies de tamponnement et de drainage. A ce groupe appartiennent les cas semblables à celui dont Hofmeier[1] a donné la relation en 1888 : « J'ai opéré un cas dans lequel je fus forcé de me départir des règles ordinaires. Il s'agissait d'un sac fœtal, en pleine décomposition putride, qui s'était ouvert dans la cavité abdominale, et qui avait déjà provoqué une péritonite violente, généralisée. Aussitôt après l'incision de la paroi abdominale, on voyait le gaz et le pus s'échapper, en sifflant, des ouvertures de la poche. L'infection du péritoine n'étant plus à redouter, puisqu'elle avait déjà eu lieu, je pratiquai l'extirpation totale du foyer putride; puis je fis l'*amputation du corps* de l'utérus, qui était détaché de chaque côté de ses annexes, et qui ne tenait plus qu'à un col anémié et étiré. »

Mais, en général, ces cas ultra graves étant exceptés, c'est le kyste fœtal suppuré qui constitue tout le mal, et trois conditions peuvent alors se présenter. Tantôt, le kyste a les mêmes allures qu'une tumeur annexielle mobile quelconque et doit être traité de même. Ici encore, on aura donc à discuter les avantages comparés de l'*extériorisation*, de l'*ablation* ou de l'*hystérectomie abdominale*, et les conclusions actuellement acceptées sont les mêmes que celles dont nous avons parlé à propos du traitement des grossesses ectopiques, avec fœtus mort depuis longtemps. Tantôt, le kyste vient s'offrir de lui-même, soit par un plastron abdominal, soit en bombant dans l'un des culs-de-sac vaginaux, et rien n'est plus simple que de l'inciser par l'une ou l'autre de ces voies. Grâce aux adhérences périkystiques, l'opération est aussi bénigne que l'ouverture d'un abcès quelconque. Les débris fœtaux sont enlevés à l'aide des doigts ou d'une pince. Ils sont parfois tellement incrustés, que, sous peine de provoquer des déchirures viscérales, il vaut mieux les abandonner et confier au drainage leur élimination ultérieure. La désinfection du sac est assurée par des lavages appropriés, et la guérison s'obtient dans les meilleures conditions.

1. Hofmeier. — *Manuel de Gynécologie opératoire*. (Trad. franç. de Lanwers). Paris, 1889, p. 429.

« Peut-être, comme le dit Pozzi[1], dans certains cas déterminés où le kyste volumineux sera fortement enclavé dans le cul-de-sac de Douglas, pourra-t-on préférer à l'élytrotomie la *périnéotomie*, soit *transversale*, soit *verticale*, ou l'*incision parasacrée*, ou même pourra-t-on avoir recours à la *voie pelvienne*, après résection préliminaire du coccyx et d'une partie du sacrum. C'est à l'avenir qu'il appartient de préciser les applications de ces opérations encore nouvelles. »

Tantôt, enfin, on se trouve en présence d'un kyste *spontanément ouvert* au niveau de l'*abdomen*, dans le *vagin*, dans le *rectum*, dans les *deux à la fois* ou dans la *vessie*. En cas d'*ouverture abdominale* ou *vaginale*, il suffit d'agrandir la fistule et de se comporter ensuite comme après une incision simple. Si l'ouverture est faite dans le rectum, il serait mauvais de suivre le conseil autrefois donné par Duncan et Parry et d'utiliser la brèche rectale pour assurer l'évacuation kystique. Ce qu'il y a de mieux à faire, c'est d'inciser très largement la poche, par l'abdomen ou le vagin, et de tout faire pour obtenir la cicatrisation de la fistule rectale. Il y a cependant des cas dans lesquels la voie rectale s'impose. C'est ainsi que Pinard a dû faire, une fois, la basiotripsie par le rectum. Quant aux kystes ouverts dans la *vessie*, ils peuvent peut-être, comme l'a pensé Winkel, s'évacuer et guérir par simple *dilatation uréthrale*, ou bien encore par *taille uréthrale*, lorsqu'ils contiennent des petits fœtus morts avant le cinquième mois; mais, les kystes à plus gros fœtus réclament des interventions plus complètes, telles que la *cystotomie* ou la *laparotomie*.

*
* *

Pour compléter ce qui précède, peut-être devrais-je donner la technique détaillée des opérations dont j'ai discuté les indications; je ne le crois pas. A m'engager dans cette voie, je risquerais trop d'oublier les limites ou même l'esprit de mon rapport. Et, bien que chirurgien, j'y renonce. S'il était possible qu'il y eût, parmi nous, des adversaires de l'intromission chirurgicale dans le domaine obstétrical, peut-être penseraient-ils qu'en procédant de la sorte, je me laisse aussi guider par ce fait que les grossesses ectopiques de plus de cinq mois vont, comme on l'a dit, plus souvent vers l'accoucheur que vers le chirurgien. Ce serait une erreur. Je sais bien que, dans les écrits consacrant la fusion nécessaire et les très justes noces de l'obstétrique et de la gynécologie,

---

1. Pozzi. — *Loc. cit.*, p. 971.

leur ménage à trois avec la chirurgie n'a pas toujours été vu d'un très bon œil ; et, fait bien inquiétant pour votre rapporteur, on a même écrit que « si le médecin n'est que l'un ou l'autre (accoucheur ou gynécologue), il ne sera jamais qu'un savant incomplet, un monorchide scientifique ». Cette boutade de mon ami AUVARD[1] contient bien sa part de vérité. Le génitologue idéal, ainsi qu'il le nomme, devrait être, en effet, accoucheur émérite, médecin consommé et chirurgien merveilleux, Mais, hélas ! cette trilogie est peut-être difficile à réaliser par un seul ; et, mieux vaut, sûrement, poursuivre le perfectionnement de notre art, par la division du travail, que de nous soupçonner de monorchidie réciproque. Pardonnez-moi la forme un peu légère de cette digression et n'en voyez que le fond. Dussiez-vous me rappeler à l'ordre, je n'en resterai pas moins heureux d'avoir saisi cette occasion, si naturelle aujourd'hui, de proclamer la valeur des services que nous pouvons nous rendre, et la nécessité formelle de notre parfaite union. Je terminerai donc là ce travail en groupant, de la manière suivante, les conclusions principales qui s'en dégagent.

---

1. AUVARD. — *Traité pratique de gynécologie*, Paris, 1892, p. 5.

TRAITEMENT DES GROSSESSES ECTOPIQUES

RÉSUMÉ GÉNÉRAL

« *Toute grossesse extra-utérine diagnostiquée commande l'intervention chirurgicale.* » Quelques grossesses ectopiques peuvent, toutefois, s'arrêter, d'elles-mêmes, dans les premières phases de leur évolution et guérir spontanément, mais elles sont la trop grande exception pour diminuer la portée de cette règle générale.

PREMIÈRE PARTIE

TRAITEMENT DES GROSSESSES ECTOPIQUES DE MOINS DE CINQ MOIS

I. — **Traitement des grossesses ectopiques de moins de cinq mois évoluant normalement.** — L'ablation totale, par *laparotomie*, du kyste fœtal et des seules annexes intéressées est le traitement de choix. L'ablation par *colpotomie* antérieure ou postérieure a donné des succès, mais il est beaucoup plus sûr de recourir à la *laparotomie*. Peut-être, certaines grossesses jeunes sont-elles justiciables de l'*évacuation par incision, avec suture consécutive et remise en place de la trompe ainsi reconstituée.*

Cas particuliers : — a) *Siège intra-ligamentaire et sous-péritonéo-pelvien du kyste fœtal.* — L'ablation par *laparotomie* reste l'opération de choix. Les seules particularités à noter concernent les *difficultés de l'énucléation*, l'étendue des décollements, et, par conséquent, l'obligation fréquente du *drainage sus-pubien.*

b) *Siège du kyste fœtal dans une corne utérine rudimentaire.* — On doit enlever le kyste par *laparotomie.* Souvent le pédicule est assez petit pour qu'il soit facile de pratiquer l'ablation, sans trop entamer l'utérus. Pour peu que la pédiculisation soit difficile, il faut faire l'*hystérectomie abdominale supra-vaginale ou totale.*

c) *Grossesses tubo-interstitielles.* — Par exception, on peut les enlever par *hystérectomie vaginale;* mais, comme leur diagnostic est

impossible sans examen direct, elles relèvent uniquement de l'*hystérectomie abdominale supra-vaginale ou totale.* — Par opposition à cette intervention radicale, il pourrait être avantageux d'ouvrir simplement le kyste dans l'utérus (sorte d'*extériorisation intra-utérine* conseillée par Kelly).

d) *Coexistence, avec la grossesse ectopique, de lésions siégeant sur les annexes de l'autre côté ou d'un néoplasme utérin (fibrome ou cancer).* — Durant les *trois ou quatre premiers mois*, alors que le placenta n'est pas encore trop gros, l'*ablation totale par voie vaginale* est certainement l'opération la plus avantageuse. — *Passé cette date*, à cause du volume du placenta et de la friabilité de l'utérus, la *laparotomie* reprend tous ses droits sur l'opération de Péan. — Si le diagnostic de la coexistence en question n'est fait qu'après ouverture du ventre, il va de soi qu'il faut, *séance tenante* et *par la même voie*, procéder à l'ablation nécessaire.

II. — Traitement des grossesses ectopiques de moins de cinq mois compliquées.

A. — Traitement des complications hémorrhagiques. — Dans la longue série des complications hémorrhagiques qui s'échelonnent depuis l'*hémato-salpinx* jusqu'à l'*inondation péritonéale*, il y a forcément des *cas limite* dont le mode de traitement variera toujours avec les tendances, le coup d'œil et l'expérience de chaque opérateur. En prenant dans cette série les deux termes extrêmes (l'*hémato-salpinx* et l'*inondation péritonéale*), et deux de ses termes intermédiaires (l'*hématocèle enkystée* et l'*hématocèle à poussées hémorrhagiques*), on peut toutefois donner une certaine précision aux règles thérapeutiques dont relèvent ces quatre variétés maîtresses.

1° *Traitement de l'hémato-salpinx compliqué ou non d'effraction sanguine intra-péritonéale, mais constituant une tumeur énucléable en totalité.* — L'incision simple de la poche avec nettoyage de sa cavité, puis suture des parois et *remise en place de la trompe ainsi réparée*, est conseillée par quelques chirurgiens. Martin a procédé de la sorte *par le vagin*, et d'autres *par le ventre*. Cette opération très *conservatrice*, et par conséquent séduisante, n'a, sans doute, que des indications exceptionnelles. — Dans l'immense majorité des cas, la seule conduite rationnelle est d'*enlever la trompe gravide avec son contenu*, et les règles du traitement sont exactement les mêmes que pour les grossesses ectopiques évoluant normalement : l'ablation par *colpotomie*

antérieure ou *postérieure*, malgré les succès qu'elle a donnés, doit être repoussée comme infidèle et périlleuse. — *Tout hémato-salpinx, compliqué ou non d'effraction sanguine intra-péritonéale, mais offrant les caractères d'une tumeur énucléable, relève uniquement de l'ablation par laparotomie.* — A cette règle, une seule exception, la même que pour les grossesses ectopiques en voie d'évolution normale : quand il y a *bilatéralité des lésions annexielles, ou coexistence d'un néoplasme utérin*, il faut faire la *castration utéro-annexielle totale, par le vagin,* durant les quatre premiers mois, et, passé cette époque, *par laparotomie.*

2° *Traitement de l'hématocèle enkystée.* — En présence d'une hématocèle confirmée, sans poussées hémorrhagiques, et assez grosse pour réclamer l'intervention, c'est *l'incision vaginale qui doit être considérée comme l'opération de choix.* Dans la majorité des cas, elle donne la guérison, avec disparition ultérieure de tous les reliquats anatomo-pathologiques annexiels ou autres. Il est possible que cette guérison définitive ne se fasse pas, et que les indications d'une intervention ultérieure se posent; mais, la *colpotomie* n'en conserve pas moins *tous les avantages d'une opération d'attente,* simple et bénigne, qui permet de remplir les indications de l'heure présente, sans engager l'avenir. — Quand la colpotomie rencontre quelque difficulté imprévue, comme le *retour de l'hémorrhagie* ou la constatation de *grosses lésions annexielles exigeant l'ablation*, rien de plus simple, en général, que de remplir aussitôt les indications *par voie vaginale,* soit en enlevant simplement les annexes qui saignent, soit en pratiquant la *castration utéro-annexielle totale.* — La *colpotomie* doit se pratiquer au bistouri, sans le secours d'aucune instrumentation spéciale. La seule précaution à prendre pour lui conserver sa bénignité, c'est de vider la poche avec une *extrême douceur*, d'abandonner, de parti pris, au drainage ce qui ne sort pas facilement, et d'éviter, en particulier, les manœuvres extérieures d'*expression abdomino-vaginale.*

L'*incision vaginale* n'est pas seulement applicable à l'*hématocèle rétro-utérine* proprement dite. Elle permet, aussi, d'ouvrir les *collections plus latérales* et les *hématocèles sous-péritonéo-pelviennes.* — Quelques cas particuliers peuvent, toutefois, réclamer une autre voie d'évacuation, comme l'*incision ischio-rectale* ou la *laparotomie sous-péritonéale.* Lorsque cette dernière incision est indiquée, il est prudent de la combiner au drainage vaginal.

La *laparotomie* n'a donc ici que des indications tout à fait excep-

tionnelles. On doit y recourir à titre d'*opération secondaire,* plus ou moins tardive, quand la colpotomie est impuissante à empêcher l'évolution ultérieure de lésions annexielles non justiciables de l'hystérectomie vaginale. Il est, enfin, nécessaire de la pratiquer d'*emblée,* quand la colpotomie commencée se heurte aux difficultés ci-dessus signalées *(retour offensif de l'hémorrhagie; grosses lésions annexielles dangereuses à abandonner),* et, bien entendu, quand il est impossible de remplir par le vagin les indications voulues. — En cas d'hématocèle, la *laparotomie* conduit souvent à des *ablations incomplètes* qui nécessitent le *drainage sus-pubien* combiné ou non au *drainage vaginal.* — Dans les cas trop difficiles et peu satisfaisants, tant au point de vue du pronostic immédiat qu'à celui des suites éloignées, il est probable qu'il vaut mieux faire la *castration abdominale totale.*

3° *Traitement de l'hématocèle à poussées hémorrhagiques successives.* — Comparativement à ce que doit être le traitement de l'hématocèle enkystée, les *indications* respectives de la *colpotomie* et de la *laparotomie* sont pour ainsi dire *renversées.* On peut tenter la *colpotomie.* Mais au moindre retour de l'hémorrhagie, il faut être prêt à *laparotomiser* sans l'ombre d'un retard.

4° *Traitement des hémorrhagies profuses (inondation péritonéale).* — A côté des inondations péritonéales, toujours mortelles, quand on n'intervient pas, il y a certainement des *hémorrhagies très abondantes* susceptibles de s'enkyster, et, par conséquent, *justiciables de l'expectation.* Mais, comme à la phase initiale et dramatique de toute hémorrhagie profuse, il n'existe pas un seul signe clinique permettant de déterminer les chances d'enkystement; comme il est maintenant démontré que l'expectation fournit environ 86 pour 100 de mortalité, et l'intervention 85 pour 100 de guérisons; comme la moindre observation personnelle bien prise suffit à prouver que la laparotomie d'urgence est le seul moyen d'éviter une mort certaine, il n'y a vraiment pas de doute possible sur la meilleure conduite à suivre : *En présence de l'ictus péritonéal révélateur d'une hémorrhagie grave, il faut, sans restriction, accepter la très formelle indication de la laparotomie, immédiate quand on le peut, et, en tous cas, aussi précoce que possible.* — Il ne saurait être ici question d'intervention par *voie vaginale.* — *La laparotomie est la seule opération qui permette l'hémostase dans les conditions voulues de sécurité et de rapidité.*

B. — Traitement des complications septiques et suppuratives. — Ici, comme dans toutes les suppurations pelviennes, l'*incision vaginale* est,

sans discussion possible, le traitement de choix des *hématocèles suppurées,* comme de *toute collection purulente bien limitée, uniloculaire et facilement accessible par le vagin.* — L'*hystérectomie vaginale* est l'opération la meilleure, quand il y a *bilatéralité* de lésions annexielles, à cette double condition que l'âge de la grossesse ne fasse pas redouter un *placenta trop gros*, et que l'ensemble de la *masse* à enlever ne soit *pas trop volumineux.* L'ablation par *laparotomie* reste la seule opération rationnelle, quand il y a doute sur les lésions des annexes non gravides, quand la grossesse a dépassé le quatrième mois, et quand l'ensemble de la masse à enlever remonte assez au-dessus du pubis pour être plutôt *abdominale* que *pelvienne.* Cette appréciation ne se fait pas au centimètre. C'est une question de coup d'œil, ou mieux d'exploration bimanuelle, pratiquée par un chirurgien expérimenté.

DEUXIÈME PARTIE

TRAITEMENT DES GROSSESSES EXTRA-UTÉRINES DE PLUS DE CINQ MOIS

Sauf pour certains kystes fœtaux, la *laparotomie* est ici la seule intervention possible.

I. — Traitement des grossesses ectopiques de plus de cinq mois avec fœtus vivant. — Les deux seules questions à discuter sont celles-ci : *Quand* et *comment* faut-il opérer?

Quand faut-il opérer? Tout de suite, évidemment, quand la grossesse est *à terme.* Lorsque le fœtus est *vivant, mais pas encore viable,* ou même quand il est *viable, mais point à terme,* la réponse est plus délicate. — Lorsqu'un *fœtus* est *vivant,* mais à plusieurs semaines de la date minimum de sa viabilité, les dangers à courir sont trop grands et l'*intervention immédiate s'impose.* — Lorsqu'on est au contraire *plus près de l'époque de viabilité,* on peut essayer de *sauver mère et enfant,* à cette condition tout à fait irréductible, que *le sauvetage de l'enfant n'entraîne jamais l'ombre d'un péril pour la vie de la mère.* — L'expectation étant décidée dans ces conditions, faut-il opérer dès le septième mois, ou bien attendre le huitième et le neuvième? A tant faire que d'attendre, si la mère est en parfait état, si le moindre soupçon d'un danger quelconque pour elle nous trouve prêt à une action immé-

tard ne dépasse jamais six semaines. Il importe en effet beaucoup e pas attendre le *retour des règles* et les *menaces de rupture* par *rdistension kystique* dont elles sont généralement le signal. — ième similitude se retrouve dans le traitement : L'*élytrotomie* doit repoussée. — Les tentatives d'ablation entraînent des périls si ifs que, abstraction faite des trois exceptions déjà citées (grossesse ire, dépassant le cinquième mois sans rupture et offrant une énu- ilité relativement facile; hémorrhagie par décollement placen- ; absence de sac avec fœtus libre dans la cavité abdominale), *il en règle générale, que l'intervention se borne à l'extraction du s avec simple extériorisation du kyste et abandon du placenta.*

° *Grossesse avec fœtus mort depuis plus longtemps.* — L'*élytro-e* reprend ses droits, et *devient une bonne opération*, quand le kyste l plonge assez fortement dans l'excavation pour être franchement dable par le vagin et quand le placenta n'est pas inséré à sa face infé- re. — *L'extériorisation abdominale du kyste reste l'opération de x dans la majorité des cas,* et ses résultats sont d'autant meilleurs *l'ablation du placenta est ici très indiquée.* — L'*extirpation par-e* du sac peut être faite quand les adhérences ne s'y opposent pas. e ce qui reste de cette membrane, il faut alors faire un *sac de ension minimum,* dont on assure le drainage par une *contre-rture vaginale.* Ce procédé a l'avantage de permettre la fermeture a paroi abdominale, et d'éviter les éventrations consécutives.

le *dernier procédé* peut être employé *en cas de fœtus libre* dans la té abdominale, alors que le sac est réduit à ce qui enveloppe le enta. Mais, en général, *en cas de fœtus libre*, il vaut mieux ver *le placenta et tout ce qui l'enveloppe*, de manière à faire une tte pelvienne aussi complète que possible. Lorsqu'elle est tout it satisfaisante, on peut, à la rigueur, fermer complètement la paroi ominale, sans drainage.

Lorsque le fœtus est dans un *sac complet, l'extirpation totale du te* est plus souvent permise ici qu'avec un fœtus vivant ou mort mment. Mais, ses *indications* n'en demeurent pas moins *exception-es.* — Quant à la *castration utéro-annexielle abdominale totale*, t, dans le cas particulier, une grosse et grave opération dont les *cations, tout à fait restreintes*, se résument de la manière sui-te : *Elle doit être réservée uniquement aux cas dans lesquels une tion de kyste fœtal ayant été commencée, on juge qu'il serait impos-e de la faire isolément, sans manœuvres longues et laborieuses qui*

dépasseraient la force de résistance des malades. Elle donne alors le moyen de simplifier les choses, d'aller plus vite et d'éviter les inconvénients d'un large drainage sus-pubien. Pour des raisons d'un tout autre ordre, le siège tubo-interstitiel de la grossesse, ou la présence d'un néoplasme utérin concomitant, sont, à leur tour, des indications non douteuses de l'hystérectomie abdominale.

3° *Grossesse ectopique devenue vieux kyste fœtal toléré sans accident, ou suppuré.* — Un *vieux kyste fœtal* n'a de spécial que son *ossuaire* et les manœuvres particulières d'extraction que celui-ci nécessite. — Il peut se compliquer de *lésions péritonéales suppuratives* exigeant la *laparotomie* d'urgence, et celle-ci se termine, suivant les cas, par une *extirpation totale,* ou par une *ablation incomplète* avec drainage consécutif. — En général, c'est le *kyste fœtal* qui constitue tout le mal, et trois cas peuvent se présenter. — Tantôt le *kyste* a les mêmes allures qu'une *tumeur annexielle relativement mobile.* Il est alors justiciable des indications opératoires spécifiées à propos du traitement des grossesses ectopiques avec fœtus mort depuis longtemps. — Tantôt le kyste vient s'offrir de lui-même au bistouri, soit par un *plastron abdominal*, soit en *bombant dans l'un des culs-de-sac vaginaux.* — Tantôt enfin, on se trouve en présence d'un *kyste spontanément ouvert* au niveau de l'*abdomen,* dans le *vagin,* dans le *rectum,* ou dans la *vessie.* Dans les deux premiers cas, leur *incision* n'est que l'*agrandissement de la fistule préexistante.* En cas de fistule rectale, il faut, sauf exception, se garder de la mettre à contribution, et *inciser largement par l'abdomen ou le vagin.* Quant aux kystes ouverts dans la *vessie*, ils peuvent s'évacuer par l'urèthre lorsqu'ils contiennent de très petits fœtus morts avant le cinquième mois; mais les kystes à plus gros fœtus réclament des interventions plus complexes, telles que leur mise à jour par *cystotomie* ou *laparotomie.*

Paris. — Imprimerie de la Cour d'appel, L. Maretheux, directeur, 1, rue Cassette.

ERRATA

Page 14, note 4, au lieu de *Uterusham*, lire *Uterushorn*; — au lieu de *Sanger*, lire *Sänger*; — au lieu de Die *Bankheitender* tuben, lire Die *Krankheiten der* Tuben.

Page 18, note 1, au lieu de *Kenntnis*, etc., lire *Kenntniss*.

Page 20, au lieu de *Duhrssen*, lire *Dührssen*; — même page, note 14, au lieu de *prainege*, lire *drainage*.

Page 30, au lieu de *Cöe*, lire *Coë*.

Page 32, au lieu de *Güsserow*, lire *Gusserow*; — même page, note 11, au lieu de *wegenfieir*, lire *wegen freier*.

Page 36, note 2, au lieu de *pregnaney*, lire *pregnancy*.

Page 42, au lieu de *Jarnsku*, lire *Jurnska*; — au lieu de *Sporlin*, lire *Spörlin*; — même page, note 5, au lieu de *Ein Fall von Exhanteme der*, lire *Ein Fall von Extra-uterin*; — notes 7 et 8, au lieu de *Extra-uterus*, lire *Extra-uterin*.

Page 51, au lieu de *Lithoski*, lire *Lihotski*; — au lieu de *Follet*, lire *Folet*.

Page 54, au lieu de *Braünn*, lire *Braun*.

Pages 56 et 57, au lieu de *Funk-Brentano*, lire *Funck-Brentano*.

Page 58, note, au lieu de *Lanwers*, lire *Lauwers*.

Segond, P.
Traitement des grosseses extra-utérines.

NAME	DATE DUE