

LIVRE XIII

DES GROSSESSES EXTRA-UTÉRINES.

Définition. — Pathogénie. Étiologie. — Division. — Anatomie pathologique. Grossesse tubaire. Grossesse interstitielle. Grossesse tubo-abdominale et tubo-ovarienne. Grossesse ovarique. Grossesse abdominale. Grossesse dans une corne rudimentaire. État de l'utérus dans la grossesse extra-utérine. Modifications anatomiques consécutives à la mort du fœtus. Lithopédions. — Symptômes. — Diagnostic. 1° de la grossesse e. u. avant le 5° mois avec : grossesse normale; avortement; corps fibreux; hydro-hémato- et pyo-salpinx; rétroversion de l'utérus gravide; grossesse dans une corne rudimentaire. 2° de la grossesse e. u. après le 5° mois avec la grossesse normale. Diagnostic de la variété. Diagnostic entre le faux travail et la rupture. Diagnostic de l'œuf mort avec un corps fibreux de l'utérus; hémato-cèle pelvienne; kyste dermoïde de l'ovaire; cancer du péritoine. Diagnostic des fistules. Diagnostic des complications. — Pronostic. — Traitement. Injections de morphine. Électricité. Extraction du fœtus : 1° Grossesse e. u. avant le 5° mois, sans rupture. 2° Grossesse e. u. avant le 5° mois, après rupture. 3° Grossesse e. u. après le 5° mois, enfant vivant. 4° Grossesse e. u. après le 5° mois, enfant mort récemment. 5° Grossesse e. u. après le 5° mois, enfant mort depuis longtemps. 6° Kyste fœtal ancien suppuré. 7° Grossesse dans une corne rudimentaire. — Technique de la laparotomie. Conservation du sac (marsupialisation). Ablation totale du sac. — Technique de l'extraction du fœtus par l'élytrotomie. — Extraction de débris fœtaux par l'urètre dilaté et par la taille vaginale. — Extraction du fœtus par la voie périnéale et par la voie pelvienne.

Définition.

La grossesse extra-utérine ou ectopique (Barnes) est le développement de l'ovule fécondé en dehors de la cavité utérine normale.

Pathogénie. Étiologie.

Pathogénie. Étiologie. — Toutes les circonstances qui peuvent s'opposer à l'application de la trompe sur l'ovaire, au moment de la ponte, sont susceptibles de permettre à la fécondation de s'opérer dans un lieu anormal. On sait, en effet, que les spermatozoïdes peuvent pénétrer dans le péritoine, y vivre, et aussi que l'ovaire peut y tomber et y faire d'assez longues migrations, sans que sa vitalité soit compromise¹. Les adhérences des annexes consécutives à des poussées de péritonite partielle, suites fréquentes de salpingites, la disparition de l'épithélium vibratile, ou la présence d'un

¹ LEOPOLD. *Die Ueberwanderung der Eier* (Arch. f. Gyn., 1880. Bd. XVI, p. 24).

petit polype intra-tubaire¹ opposant un obstacle à la migration de l'ovule, en sont les causes les plus fréquentes. On a invoqué une émotion vive au moment de la conception.

Cette affection est rare : sur soixante mille femmes examinées pendant sept ans dans les cliniques de Carl Braun et de Späth, à Vienne, on n'en aurait trouvé que 5 cas². Ce chiffre paraît trop faible; Fasola³ en a observé 5 cas sur 1565 grossesses chez des femmes ayant déjà eu des enfants, mais restées depuis longtemps stériles.

On a signalé la récurrence de la grossesse extra-utérine chez la même femme⁴.

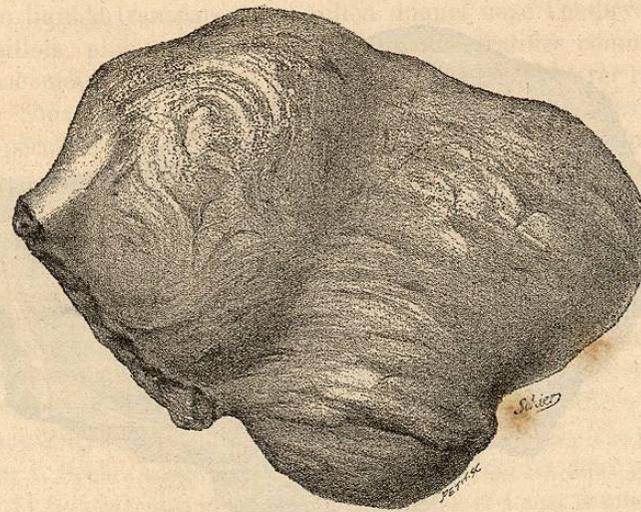


Fig. 575. — Grossesse tubaire de 2 mois 1/2; la poche est intacte. (Bouilly.)

Division. — On a beaucoup multiplié les divisions et subdivisions anatomiques, et cela, sans grand intérêt. L'immense majorité des kystes fœtaux se trouve dans la trompe, et sont des grossesses tubaires. Selon que le développement de l'œuf se fait exclusivement dans ce conduit, ou en partie dans les parois utérines ou dans la cavité abdominale, on est en présence des variétés de grossesse tubaire proprement dite, de grossesse tubo-utérine ou interstitielle, et de grossesse tubo-abdominale, à laquelle on a distingué une sous-variété tubo-ovarienne. Si la trompe vient à se rompre et que le développement du fœtus continue dans la cavité péritonéale, la grossesse est abdominale secon-

Division.

¹ TH. WYDER (Arch. f. Gyn., 1886, Bd. XXVIII, p. 362) a trouvé une fois un petit polype de la trompe et constaté l'absence d'épithélium vibratile.

² BANDL. *Loc. cit.*, p. 72.

³ FASOLA. *Ann. di Obst.*, Firenze, 1888, t. X, p. 145. (Il s'agit des cas observés à la Clinique de Florence de 1885 à 1885.)

⁴ L. MEYER (Hosp. Tidende, 1890, t. VIII, p. 677) en signale 10 cas, dont un personnel.

daire; celle-ci, d'après beaucoup d'auteurs, pourrait aussi être primitive. Si la rupture se fait au bord adhérent de la trompe, le fœtus peut continuer à se développer dans l'épaisseur du ligament large, et l'on a appelé cette grossesse sous-péritonéo-pelvienne¹. Enfin, quoique leur nombre soit beaucoup plus restreint qu'on ne l'a cru autrefois, il existe quelques cas bien constatés de développement de l'œuf à la surface de l'ovaire, de grossesse ovarique, que certains caractères anatomiques empêchent de confondre avec la grossesse abdominale.

La grossesse dans une corne rudimentaire de l'utérus diffère tellement

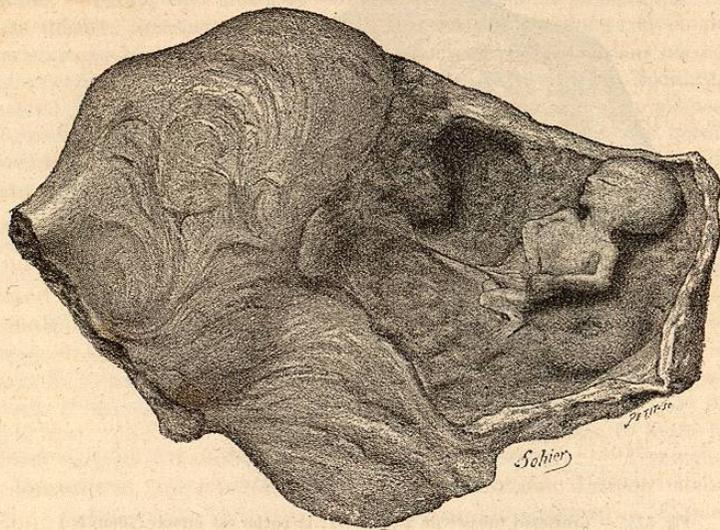


Fig. 376. — Grossesse tubaire de 2 mois 1/2; la poche est ouverte, (Bouilly.)

de la grossesse normale pour se rapprocher des kystes fœtaux, qu'elle mérite d'être décrite à la suite de la grossesse extra-utérine dont elle se distingue très difficilement. C'est pour cela que le terme de grossesse ectopique serait préférable à celui de grossesse extra-utérine.

Anatomie pathologique.
Grossesse tubaire proprement dite.

Anatomie pathologique. — Grossesse tubaire proprement dite. — Sur un relevé portant sur 122 cas, Hennig² a trouvé que 77 fois l'œuf siégeait au milieu de la trompe; les autres cas étaient ainsi répartis : 10 fois, près de l'utérus, 17 fois, presque au milieu de la trompe, 5 fois, dans son tiers externe, 5 fois, dans son quart externe.

Dès que l'ovule s'est greffé, la muqueuse tubaire subit une trans-

¹ DEZEIMERIS (*Journ. des conn. médico-chir.*, janv. 1837, t. V, p. 1) a créé ce nom pour une des treize formes différentes qu'il distinguait.

² C. HENNIG. *Die Krankheiten der Eileiter und die Tubenschwangerschaft*, Stuttgart, 1876

formation qui la rapproche de la caduque utérine; Rokitsansky a bien décrit l'aspect tomenteux de la muqueuse dont les villosités s'enchevêtrent avec celles du chorion; l'adhérence est médiocre, jusqu'au moment où se forme le placenta; l'orifice utérin de la trompe peut rester ouvert, de telle sorte que la transformation de la muqueuse peut s'étendre à celle de l'utérus.

Dans les trois premiers mois, la petite tumeur que l'on rencontre à l'ouverture du ventre ne se distingue en rien d'un hémato-salpinx ordinaire, car du sang s'est le plus souvent épanché dans sa cavité. Elle a la forme d'un œuf ou d'une cornemuse (fig. 375), et contient soit un liquide transparent au milieu duquel nage l'embryon, soit des caillots, plus ou moins récents, parfois stratifiés comme ceux d'un sac anévrysmal. Il peut alors être difficile de retrouver trace du fœtus. Souvent, la recherche seule des villosités choriales sur la paroi permettra d'affirmer la nature du kyste tubaire¹. Celui-ci est ordinairement pédiculisé, mais parfois, largement adhérent au bord du ligament large dans l'épaisseur duquel il pénètre plus ou moins, en dédoublant ses feuillets. Rarement, les parois du kyste sont minces et transparentes, de manière à laisser voir l'embryon². Hennig a remarqué que la tunique musculaire de la trompe s'hypertrophie jusqu'à la fin du second mois; plus tard, sous l'influence de la distension, elle s'amincit et s'éraïlle. La rupture précoce est la terminaison la plus ordinaire de la grossesse tubaire; elle a lieu, le plus souvent, de très bonne heure. Sur 45 cas examinés à ce point de vue par v. Hecker³, elle s'était faite 26 fois pendant les deux premiers mois, 11 fois le troisième, 7 fois le quatrième et 1 fois le cinquième. Sur 8 cas d'autopsies médico-légales, Hofmann⁴ a noté que la rupture s'était faite 7 fois dans le deuxième mois, 1 fois dans le troisième. Les dimensions du kyste rompu ne dépassent généralement pas celles d'un œuf de poule. Kaltenbach⁵ signale, comme cause immédiate de la rupture, les adhérences qui s'opposent à l'expansion du sac. La rupture des adhérences très vasculaires est, du reste, déjà par elle-même une source d'hémorrhagie grave; Kaltenbach a observé un cas où elle a été mortelle. Freund⁶ a pu reconnaître, dans un cas jusqu'ici unique, que la rupture de la trompe était due à sa dégénérescence myxomateuse.

¹ BAUDRON et PILLIET. *Bull. Soc. anat.*, mai 1891.

² SLAVJANSKY. *Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 48, p. 854.

³ v. HECKER. *Monatsschr. f. Geb.*, Berlin, 1859, t. XIII, p. 84.

⁴ E. HOFMANN. *Allg. Wien. med. Zeitschr.*, 1888, n° 25.

⁵ KALTENBACH. *Soc. obstét. et gyn. de Berlin*, 14 déc. 1888 (*Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 5, p. 74).

⁶ FREUND. *Réunion des natur. et méd. all. à Heidelberg*, 1889 (*ibid.*, 1889, n° 40, p. 690.)

La rupture de la trompe se fait généralement dans le péritoine et cause la variété d'hématocèle foudroyante que Barnes a appelée *cataclysmique*. Si elle se fait dans l'épaisseur du ligament large, il en résulte une hématocèle extra-péritonéale, et la résistance des feuillets du ligament large a pour effet de limiter l'hémorragie.

L'évolution de la grossesse tubaire peut être différente. Dans des cas qui, à la vérité, constituent l'exception, l'embryon meurt de bonne heure, et alors il se désagrège et l'on n'en retrouve plus de

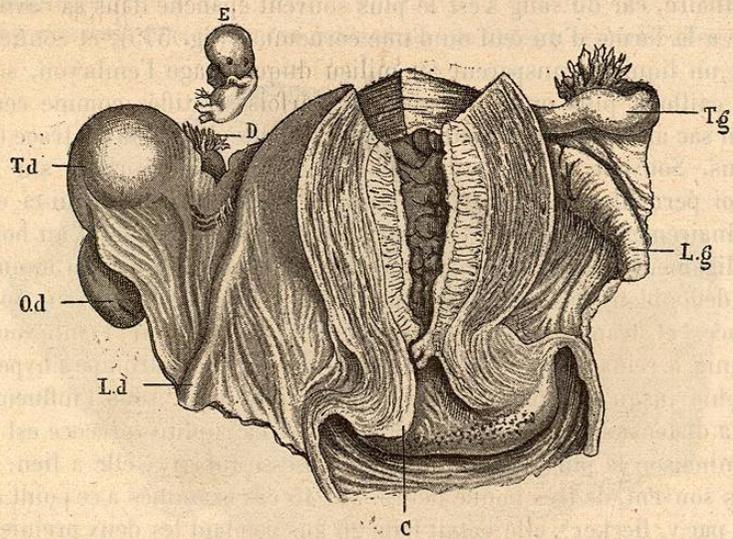


Fig. 577. — Grossesse extra-utérine tubaire, rompue.

T. d. Trompe droite où l'on voit la déchirure D au-dessous de l'embryon E. O. d. L. d. Ovaire et ligament rond du côté droit. T. g. L. g. Ovaire et ligament rond du côté gauche. C. Col de l'utérus. (Fœtus de près de 2 mois; femme morte en quelques heures d'hémorragie interne. Pièce du professeur v. Hofmann, déposée au musée de médecine légale, à Vienne.)

traces. Le sac tubaire cesse de s'accroître, mais l'hémorragie interne qui a provoqué ou accompagné la mort de l'embryon transforme ce sac en hémato-salpinx. La lésion change d'allures cliniques et de pronostic, comme de nature. C'est à peine si le chirurgien, qui en pratique plus tard l'extraction, en reconnaîtra la véritable origine par l'examen histologique des parois où l'on pourra encore rencontrer des villosités choriales. Il est même possible que la résorption complète du contenu de la trompe s'effectue au bout d'un laps de temps plus ou moins long. C'est ce résultat que poursuivent les médecins qui cherchent à amener la mort du fœtus par des injections de morphine ou par l'électricité.

Si le fœtus succombe à une période plus tardive, il constitue un corps étranger qui peut être enkysté et transformé en *lithopédion*,

comme nous le verrons plus loin, ou provoque des accidents qui amènent son élimination.

Enfin, le fœtus peut vivre jusqu'au terme; c'est surtout quand la trompe s'est distendue ou crevée du côté du ligament large, dont les feuillets écartés ont protégé le kyste fœtal inclus contre une rupture dans la cavité abdominale (grossesse dite *sous-péritonéo-pelvienn*e). Alors, au moment du terme, surviennent les curieux symptômes dits du *faux travail*, et si l'art ne vient pas en aide à la nature, l'enfant meurt. Quand la femme lui survit, il se produit une série

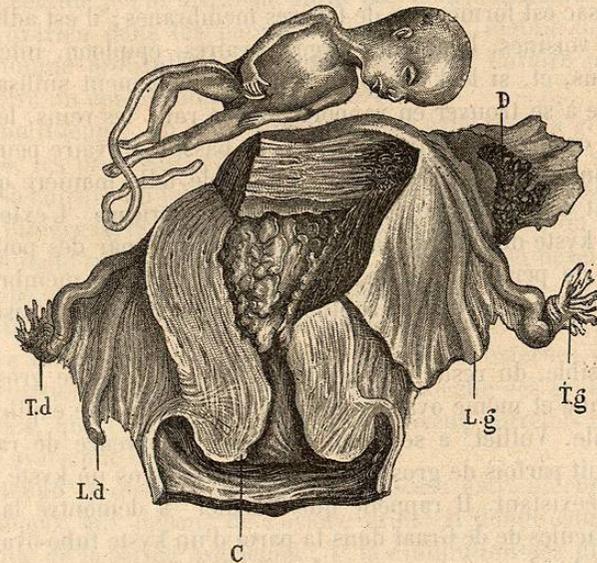


Fig. 578. — Grossesse extra-utérine interstitielle, rompue.

D. Déchirure. C. Col de l'utérus. T. d. L. d. Trompe et ligament rond du côté droit. T. g. L. g. Trompes et ligament rond du côté gauche. (Fœtus de près de 4 mois; femme prise le soir de vomissements, morte, le lendemain, d'hémorragie interne. Pièce du professeur v. Hofmann déposée au musée de médecine légale, à Vienne.)

de phénomènes communs à toutes les grossesses ectopiques arrivées à terme, sur lesquels j'aurai à revenir.

Grossesse tubo-utérine ou interstitielle. — Ici, l'œuf s'est développé dans la portion très courte de la trompe qui chemine entre les parois utérines. Il est libre par une partie de sa surface, que des fausses membranes séparent de la cavité péritonéale. Ces faits sont très rares et ont été réunis par Baart de la Faille¹. Quand le kyste fœtal se rompt, il peut y avoir hémorragie par les voies naturelles. Le placenta et même le fœtus peuvent être entraînés au

Grossesse interstitielle.

¹ J. BAART DE LA FAILLE. *Verhandl. über Graviditas tubo-uterina* (Monatschr. f. Geb., 1868, Bd. XXXI, p. 208).

dehors ou tomber dans le péritoine. La durée ordinaire de cette variété est généralement plus longue que celle de la précédente; elle peut arriver à terme¹, mais elle se termine aussi par hémorrhagie mortelle, avant le quatrième mois. Selon Schultze², cette variété serait très fréquente et souvent méconnue; de nombreux avortements de prétendue grossesse normale ne reconnaîtraient pas d'autre origine.

Grossesse tubo-
abdominale et
tubo-ovarienne.

Grossesse tubo-abdominale. — L'œuf développé à l'extrémité externe de la trompe n'est que partiellement enveloppé par elle et la portion externe du sac est formée par de fausses membranes; il est adhérent aux parties voisines, ligaments larges, ovaies, épiploon, intestins, vessie, utérus, et, si le kyste prend un développement suffisant, il arrive même à se trouver en rapport avec la rate, les reins, le foie. Le placenta occupe ordinairement le petit bassin. L'ovaire peut être aplati et confondu dans les parois du sac de telle manière que la grossesse ait alors mérité le nom de **tubo-ovarienne**. L'extension possible du kyste du côté de la cavité abdominale par des poussées successives de péritonite et la formation de fausses membranes, permet de comprendre que la rupture soit retardée parfois jusqu'au terme.

Il est possible, du reste, que beaucoup de faits, dits de grossesse tubo-ovarienne et même ovarienne, doivent recevoir une explication toute spéciale. Vulliet³ a soutenu, non sans apparence de raison, qu'il s'agissait parfois de grossesses développées dans un kyste tubo-ovarienne préexistant. Il rappelle que Burnier⁴ a démontré la présence de follicules de de Graaf dans la paroi d'un kyste tubo-ovarienne enlevé par Schröder, et que, par conséquent, la fécondation est possible au niveau de ces kystes. Se basant sur ce fait et sur une observation personnelle, il admet que la grossesse peut évoluer dans ces kystes, en les distendant comme ferait une collection liquide. Paltauf, Schaeffer, v. Rosthorn et Lihotzky⁵ ont depuis publié des faits confirmatifs. J'ai moi-même observé un cas de ce genre. Il s'agissait d'une sorte d'hémato-oophoro-salpinx manifestement dû à une grossesse extra-utérine, ainsi que l'a montré l'examen microscopique.

¹ SPIEGELBERG. *Arch. f. Gyn.*, 1878, Bd. XIII, p. 75. — LEOPOLD, *ibid.*, 1882, Bd. XIX, p. 210.

² SCHULTZE. *Verhandl. des 2^{es} Kongress der deutschen Gesells. f. Gyn.*, p. 251.

³ VULLIET. *Arch. f. Gyn.*, 1885, Bd. XXII, p. 427.

⁴ H. BURNIER. *Ueber Tubo-ovariälcysten* (*Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1880, Bd. V, p. 357).

⁵ PALTAUF. *Arch. f. Gyn.*, 1887, Bd. XXX, p. 456. — SCHAEFFER. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1889, Bd. XVII, p. 15. — A. v. ROSTHORN. *Wien. klin. Woch.*, 1890, n° 22, p. 447 et *Verhandl. der deutschen Gesellsch. f. Gyn.*, 4^e session, Bonn, 1891, p. 155. — G. LIHOTZKY. *Drei Fälle von Graviditas extra-uterina*. (*Wien. klin. Woch.*, 1891, p. 184, observ. II.)

Grossesse ovarique ou ovarienne. — Elle a été très contestée; beaucoup de cas qui lui ont été rapportés étaient de véritables grossesses tubo-abdominales avec adhérence intime, mais secondaire, de l'ovaire. Il n'est, toutefois, pas impossible que la fécondation se fasse dans le follicule de de Graaf, rompu, de telle sorte que le placenta s'insère sur le tissu ovarien; mais ces faits sont très rares. Bandl¹ n'a pu trouver qu'une seule pièce probante de grossesse ovarique dans la riche collection du musée de Vienne, et la met presque en doute. Puech², à la vérité, en cite de nombreux exemples; mais, comme je l'ai dit, il ne suffit pas de constater la présence du tissu ovarien dans les parois du kyste pour établir un diagnostic anatomique probant³, l'adhérence intime de l'ovaire pouvant fort bien être un épi-phénomène ultérieur.

Selon Hueppe⁴, on peut admettre, pour expliquer la grossesse ovarienne, les processus suivants : la fécondation s'opère sur l'ovaire; ou la déchirure du follicule se referme alors, et le fœtus se développe, dans l'intérieur de l'ovaire, à la manière d'un kyste; ou la déchirure du follicule ne se referme pas, et le fœtus, en se développant, s'échappe, quoique le placenta reste dans l'ovaire.

Outre ces deux genres de grossesses ovariennes, Hueppe en admet encore une troisième, la grossesse ovarienne externe; dans ce cas, la formation du placenta serait analogue à celle des grossesses abdominales, que l'on aurait confondues souvent autrefois avec la grossesse ovarienne externe.

Patenko⁵ a observé un cas de grossesse extra-utérine qui s'était développée aux dépens de l'ovaire droit; il donne comme caractéristique de la forme ovarienne : 1° la diminution des dimensions de l'ovaire droit (longueur de l'ovaire droit 16 millim., de l'ovaire gauche 35 millim., largeur de l'ovaire droit 19 millim., de l'ovaire gauche 18 millim.); 2° la transformation d'une partie de l'ovaire en une cavité kystique; 3° l'examen microscopique qui a montré que la paroi de cette cavité avait la même texture que l'ovaire; en outre, dans la cavité même, on trouva des restes de fœtus et un vestige de placenta.

¹ BANDL. *Die Krankh. der Tuben.* etc., p. 51, et *Soc. obst. et gyn. de Vienne*, 1^{er} mai 1888 (*Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 5, p. 80).

² PUECH. *De la grossesse de l'ovaire* (*Annal. de Gyn.*, 1878, t. X, p. 1).

³ COHNSTEIN. *Arch. f. Gyn.*, 1877, Bd. XII, p. 355. — F. PATENKO. *Graviditas ovarialis von kurzer Dauer*. (*Arch. f. Gyn.*, 1879, Bd. XIV, p. 156.) — J. COLLET Y GURGUI. *Die Ovarialschwangerschaft vom pathologisch-anatomischen Standpunkte*, Stuttgart, 1880. — WERTH. *Beiträge zur Anatomie und operativen Behandlung der Extra-uterin-schwangerschaft*, Stuttgart, 1888.

⁴ HUEPPE. *Die Bedingungen der Ovarial- und Abdominalschwangerschaft*. Dissert. inaug., Berlin, 1876.

⁵ PATENKO. *loc. cit.*

Grossesse ova-
rique.

Heineken¹ ne regarde comme grossesse ovarienne que celle où le placenta se trouve dans l'intérieur même de l'ovaire, et le sac fœtal dans la cavité péritonéale. Zmigrodzky², après une analyse minutieuse des opinions émises sur les formes diverses de la grossesse ovarienne, admet deux variétés, selon que l'ovaire est le terrain unique et primitif du développement de l'ovule, ou selon qu'avec le développement ultérieur de la grossesse, il se forme une union intime du placenta avec le tissu de l'ovaire. En général, dit-il, le point d'attache du placenta joue un rôle capital dans la classification des grossesses extra-utérines. Il faut distinguer la simple adhérence du sac fœtal avec l'ovaire, des connexions organiques du placenta avec le tissu de l'ovaire.

Werth³, analysant les particularités qui caractérisent la grossesse ovarienne, dit qu'il en reste, en fin de compte, une seule positive, mais que sa valeur pour le diagnostic anatomique est de la plus grande importance; c'est lorsque le sac fœtal provient manifestement des annexes et que l'état de la trompe de Fallope exclut toute possibilité de sa participation à la formation du sac fœtal.

Mouratoff⁴, Sânger, Leopold et Mackenrodt ont rapporté des observations de grossesse ovarienne tout à fait démonstratives.

Grossesse abdominale.

Grossesse abdominale. — Lorsque l'ovule tombe dans la cavité péritonéale et qu'il est fécondé, il peut y parcourir toutes les phases de son développement; il s'y enveloppe le plus souvent d'un sac pseudo-membraneux qui peut être très épais par l'adjonction de couches successives, et adhère fortement aux organes voisins. Dans des cas rares, au contraire, le fœtus n'a pour toute enveloppe qu'une membrane mince et transparente; mais il se produit dans les viscères, en contact avec l'œuf, une vascularisation extrême. Il n'y a rien qui rappelle la présence d'une caduque, comme dans la grossesse tubaire.

Le placenta n'a pas une forme régulière, et il peut atteindre des proportions énormes. Gaillard Thomas⁵ rapporte que, dans le cours d'une laparotomie qu'il faisait pour une grossesse ectopique, un de ses aides lui demanda si le corps à l'extraction duquel il procédait et qui était effectivement le placenta, n'était pas le foie, tant il lui ressemblait.

¹ HEINEKEN. *Ueber Extra-uterinschwangerschaft mit Berücksicht eines Falles von Laparotomie bei Graviditas ovaria*. Halle, 1881.

² C. ZMIGRODZKY. *Étude sur la grossesse extra-utérine*. Saint-Petersbourg, 1886 (Anal. in *Centr. f. Gyn.*, 1888, p. 146).

³ WERTH. *Loc. cit.*

⁴ MOURATOFF. *Étude sur la grossesse ovarienne* (*Ann. de Gyn.*, fév. 1890, t. XXXIII, p. 81). — M. SÂNGER. *Centr. f. Gyn.*, 1890, p. 522. — LEOPOLD. *Congrès international des sciences méd.*, tenu à Berlin, août 1890 (*Bert. klin. Woch.*, 1890, p. 762). — MACKENRODT, *Centr. f. Gyn.*, 1891, p. 1004.

⁵ GAILLARD THOMAS. *A system of gynecology* (edited by MANN). Philadelphia, 1888, t. II, p. 181.

Aucune compression ne venant étrangler l'œuf dans son développement, ce dernier peut être complet et ne pas être interrompu par des ruptures et des hémorrhagies.

On a vu la circulation placentaire survivre aux fœtus et causer une hémorrhagie mortelle¹. Mais ordinairement cette circulation cesse peu à peu et se trouve complètement abolie, deux mois après la mort de l'embryon².

On a soutenu³ que la grossesse abdominale était toujours secondaire

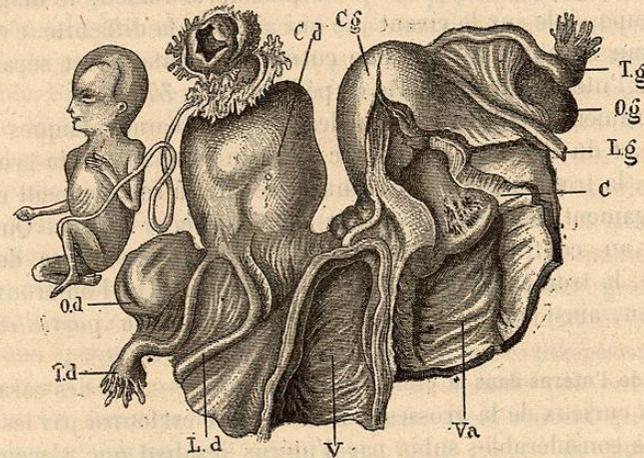


Fig. 579. — Grossesse ectopique, dans une corne rudimentaire de l'utérus, rompue.

C.d. Cornue droite, fermée du côté du vagin, siège de la grossesse; en haut de cette corne on voit la déchirure. O.d. Ovaire droit. T.d. Trompe droite. L.d. Ligament rond droit. C.g. O.g. L.g. Cornue utérine, ovaire, trompe et ligament rond du côté gauche. Va. Vagin. V. Vessie. (Fœtus de 5 mois 1/2; femme morte d'hémorrhagie interne en six heures. Pièce du professeur v. Hofmann, déposée au musée de médecine légale, à Vienne.)

et consécutive à la rupture d'une grossesse tubaire. Il est probable que cette origine est la plus fréquente; mais quelques faits bien observés⁴ établissent la réalité de la grossesse abdominale primitive.

Grossesse développée dans une corne utérine rudimentaire. — Les faits de cet ordre ont été souvent mal interprétés et attribués, à tort, à

Grossesse dans une corne rudimentaire.

¹ HART et BARBOUR. *Manual of gynecology*, trad. franç., Paris, 1886, p. 648.

² L. TAIT (*Brit. med. Journ.*, 15 juin 1891) a constaté par la laparotomie que le placenta pouvait continuer de se développer après la mort du fœtus. Ce fait est évidemment exceptionnel.

³ MAYRHOFER. *Von der Unfruchtbarkeit des Weibes*. Stuttgart, 1878.

⁴ SCHLEGTENDAL (*Frauenarzt*, 1887, n° 2, anal. in *Centr. f. Gyn.*, 1887, n° 27, p. 438) a pu observer un kyste fœtal abdominal de la grosseur du poing, au milieu d'anses intestinales soudées à la rate. Les trompes étaient intactes et, par suite, le kyste n'avait pu provenir d'une grossesse tubaire rompue. — ZMIGRODZKY (*loc. cit.*, p. 146) a rassemblé tous les cas de grossesse ectopique publiés de 1878 à 1888, et a trouvé plusieurs cas avérés de grossesse abdominale primitive avec trompes et ovaires intacts et insertion du placenta loin de ces organes. Il compte 198 cas de grossesse tubaire, 18 de grossesse ovarienne et 120 cas de grossesse abdominale.