

des grossesses tubaires, ainsi que Küssmaul¹ l'a parfaitement démontré. Le premier fait bien observé appartient à Dionis. Säger² a réuni tous les cas publiés jusqu'en 1884; ils sont au nombre de 29; 25 se terminèrent par la rupture dans les premiers six mois, 3, par l'incrustation calcaire; 4 furent traités par la laparotomie. Bandl³, Landau et Wyder ont publié des cas semblables.

Il peut être difficile, même à l'autopsie⁴, de reconnaître si le kyste est développé dans la trompe (variété interstitielle) ou bien dans une corne rudimentaire de l'utérus. A plus forte raison, le diagnostic est-il impossible sur le vivant. Ce qui ajoute à la difficulté, c'est que la tumeur développée dans une corne rudimentaire est séparée du reste de l'utérus par une sorte de pédicule (fig. 379).

Un examen attentif montrera des rapports caractéristiques de la trompe et du ligament rond avec le kyste fœtal. Dans la grossesse tubaire, la trompe est très diminuée, réduite à son segment utérin, et le ligament rond est situé à la *partie interne* du sac. Quand il s'agit, au contraire, d'une corne utérine rudimentaire devenue gravide, la trompe a conservé toute sa longueur, et l'on trouve son insertion, ainsi que celle du ligament rond, à la *partie externe* du sac.

État de l'utérus
dans la
grossesse extra-
utérine.

État de l'utérus dans la grossesse extra-utérine. — Un des caractères les plus curieux de la grossesse extra-utérine est fourni par les changements considérables subis par l'utérus pendant que s'accomplit, en dehors de lui, le travail de gestation. Il se fait une hypertrophie générale de l'organe qui augmente sa cavité; en même temps, la muqueuse se modifie d'une manière tout à fait analogue à celle de l'utérus gravide, comme cela résulte des recherches d'Ercolani et de Langhans; un bouchon muqueux oblitère le col utérin. Ces changements sont d'autant plus marqués que l'œuf est plus rapproché de l'utérus. Ils sont, évidemment, de nature mixte, et dus à la fois à des phénomènes trophiques d'ordre réflexe ou sympathique, analogues à ceux qui se produisent simultanément dans les mamelles, et aussi à l'augmentation générale de la circulation pelvienne. Hennig, toutefois, a signalé quelques exceptions.

La situation de l'utérus varie d'après celle de l'œuf : au troisième

¹ KÜSSMAUL. *Von dem Mangel der Verkümmung und Verdopplung der Gebärmutter*. Würzburg, 1859.

² SÄGER. *Ueber Schwangerschaft im rudimentären Nebenhorn bei Uterus duplex*, (*Gesell. f. Geb. und Gyn. in Leipzig*, in *Centr. f. Gyn.*, 1883, p. 524) et *Arch. f. Gyn.*, 1884, Bd. XXIV, p. 552.

³ BANDL, *loc. cit.*, p. 55. — L. LANDAU. *Deutsche med. Woch.*, 1890, n° 35, p. 594. — Cet opérateur a guéri sa malade par la laparotomie. — TH. WYDER (*Arch. f. Gyn.*, 1891, Bd. XXI, p. 183) a perdu sa malade d'hémorrhagie.

⁴ TURNER. *Edinb. med. Journ.*, mai 1886, t. XXI, p. 971.

ou quatrième mois, l'œuf occupe généralement le cul-de-sac de Douglas, et l'utérus est repoussé en avant et plus ou moins sur le côté, de telle sorte qu'on peut limiter son contour par la palpation abdominale.

L'ovaire situé du même côté que l'embryon contient généralement un gros corps jaune, dont l'origine a donné lieu à beaucoup de discussions.

On a cité des cas où une grossesse normale a accompagné la grossesse extra-utérine¹.

Modifications anatomiques consécutives à la mort du fœtus. — Le kyste fœtal peut se rompre de bonne heure, en provoquant des accidents mortels ou en devenant l'origine d'une hématocele rétro-utérine dans laquelle la présence de l'embryon peut, bientôt, ne plus être reconnaissable. Si le fœtus arrive à terme, sa vie se prolonge un peu au delà de la limite naturelle, puis il meurt. Il peut alors se passer deux choses : ou bien il n'est pas toléré, et provoque des accidents qui aboutissent, soit à la mort de la malade, soit à l'expulsion des débris fœtaux; ou bien le corps étranger est supporté, et subit alors des métamorphoses qui tendent à le transformer de manière à le rendre plus tolérable pour les tissus (dégénérescence graisseuse, calcification). Ces fœtus, infiltrés de sels calcaires et datant quelquefois d'une époque très reculée, ont reçu le nom de *lithopédiions*².

Modifications
anatomiques con-
sécutives à la
mort du fœtus.
Lithopédiions.

Symptômes de la grossesse ectopique. — La femme pouvant présenter tous les signes de la grossesse ordinaire croit souvent qu'elle est normalement enceinte. D'autre part, toute espèce de signe peut manquer au début, ou, du moins, être si peu prononcée que rien ne révèle la présence du fœtus. C'est ainsi que le gonflement des seins, quoique habituel, peut faire défaut. La *ménstruation*, qui s'est d'abord interrompue, reparait, et prend parfois le caractère d'une ménorrhagie continue. L'expulsion d'une *caduque*, l'augmentation du volume du ventre sont des symptômes qui donnent l'éveil. Toutefois, dans la grande majorité des cas, ce dernier signe est fort peu prononcé lorsque survient la *rupture* vers le deuxième ou troisième mois. L'accident se produisant en pleine santé et peu de temps après le repas, a pu faire croire à un empoisonnement. La connaissance de ces faits est très importante, en médecine légale³. Les phénomènes

Symptômes.

¹ R. WORRELL (*Brit. med. Journ.*, 28 mars 1891) a relaté un fait intéressant de ce genre.

² Sur le lithopédion, consulter les travaux suivants : KÜCHENMEISTER (*Centr. f. Gyn.*, 1880, n° 22, p. 515 et *Arch. f. Gyn.*, 1881, Bd. XVII, p. 153), où sont consignés tous les faits anciens et classiques du *fœtus lapideus* de ROUSSET (1590). — SAPPÉY. *Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, 22 août 1887. — VIRCHOW. *Gesammelte Abhandl.*, 1856, p. 790. — GACHES SARRAUTE. *Étude microscopique d'un lithopédion*. Thèse de Paris, 1884. — W. H. FALES. *Lithopédion; history of a case with notes on eleven others* (*Annals of Gynec.*, Boston, oct. 1887, t. I, p. 14).

³ PARRY. *Extra-uterine pregnancy*, etc. Londres, 1876, p. 155. — CHAYE. *Signes et diagnostic de la grossesse extra-utérine*. Thèse de Paris, 1882. (Ce travail contient deux observations importantes de BROUARDEL.)

sont ceux d'une hémorrhagie interne, parfois foudroyante. Il peut arriver qu'après une première atteinte la malade se remette et en présente de nouvelles. La mort se produit alors après deux ou trois attaques, ou même plus lentement par hémorrhagies successives¹. Je ne reviendrai pas sur les signes d'hémorrhagie interne et d'hématocèle qui peuvent succéder à la rupture, signes dont le tableau clinique a déjà été présenté (voir le chapitre : HÉMATOCÈLE PELVIENNE INTRA-PÉRITONÉALE).

Quand la grossesse atteint les dernières phases de son évolution, ce qui a lieu surtout dans les variétés intra-ligamentaire et abdominale, on observe à la fois des phénomènes de compression de la vessie et du rectum, et des phénomènes inflammatoires revenant par poussées successives. La fièvre et de perpétuelles douleurs, qui sont un des phénomènes les plus caractéristiques², obligent ordinairement les femmes de garder le lit. Freund a signalé dans la grossesse abdominale, des coliques intestinales et de la diarrhée qui proviendraient de l'irritation de l'intestin auquel adhère le kyste fœtal. La compression du rectum a pu produire l'occlusion intestinale³.

Les douleurs prennent un caractère expulsif, à un moment plus ou moins éloigné de l'époque où l'accouchement devait avoir lieu. Le kyste peut alors se rompre dans l'abdomen et la malade succomber à la péritonite aiguë ou chronique, affectant parfois les allures de la septicémie⁴. Si cette crise est surmontée, la maladie entre dans une phase de tolérance, pour le corps étranger, qui est résorbé ou transformé en lithopédion; mais cette période peut encore être interrompue par de graves accidents inflammatoires, survenant tardivement, et alors que tout danger paraissait définitivement conjuré. On a vu

¹ MAYGRIER (*Terminaisons et traitement de la grossesse extra-utérine*. Thèse d'agrég. Paris, 1886, p. 15) rapporte une importante observation de PINARD, comme exemple de cette terminaison.

² Il ne faudrait pas cependant leur attribuer une influence absolue, ainsi que le prouve le fait suivant rapporté par H. C. COE. *Soc. obstét. de New-York*, oct. 1889 (*Amer. Journ. of Obst.*, janv. 1890, p. 94). Il s'agissait d'une femme présentant des signes de grossesse, mais accusant de telles douleurs qu'on crut devoir en conclure que la grossesse était ectopique. La laparotomie, qui fut suivie de l'avortement, montra que la gestation, datant de 5 mois, était parfaitement normale, et un interrogatoire ultérieur fit, tardivement, reconnaître que la malade, plus ou moins hystérique, avait considérablement exagéré ses sensations. Une circonstance digne d'être notée, c'est qu'elle avait été d'abord soumise à un traitement électrique assez fort pour avoir amené une large eschare de l'abdomen, sans déterminer la mort du fœtus. La malade guérit.

³ CHEVALIER. *Arch. de tocol.*, 1882, p. 75.

⁴ JACQUEMIER (*Manuel des accouchements*, 1846, t. I, p. 585) a insisté sur la cachexie à laquelle succombent certaines femmes longtemps après la mort du fœtus, sans que l'autopsie révèle de lésions inflammatoires; il s'agit évidemment là d'intoxication putride due aux liquides altérés du sac fœtal. — ZWEIFEL (*Soc. d'obst. et de gyn. de Leipsick*, 18 fév. 1889 in *Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 51, p. 537) a démontré la présence de germes en énorme quantité dans tous les liquides d'un fœtus à terme, mort depuis quelque temps (grossesse extra-utérine abdominale). La femme, qui était en pleine septicémie au moment de la laparotomie, a guéri.

un lithopédion datant de seize ans occasionner l'obstruction intestinale et la péritonite¹, ou être éliminé par le rectum, au bout d'un laps de temps variant de un à quarante-trois ans².

Il peut aussi se présenter un autre cas : la rupture, au lieu de s'effectuer dans la cavité abdominale, s'est produite dans l'intervalle des feuillettes du ligament large. L'hémorrhagie est alors moindre, elle reste limitée, les symptômes sont moins graves. De plus, si le fœtus continue à vivre, le développement extra-péritonéal de l'œuf est plus favorable pour le succès d'une opération ultérieure.

Enfin, dans des cas excessivement rares, la rupture a lieu dans l'utérus lui-même : il faut, pour cela, que la grossesse se soit développée dans l'épaisseur des parois utérines, qu'elle soit tubo-utérine ou interstitielle³.

L'expulsion spontanée peut se faire après suppuration du kyste et évacuation de son contenu à l'extérieur. C'est le plus souvent par un abcès des parois abdominales⁴ ou par une perforation du rectum⁵ que se fait l'issue des restes du fœtus, réduit à son squelette et à quelques lambeaux informes. Plus rarement, cette perforation s'opère par le vagin⁶

¹ ETTINGER. *Bull. Soc. anat.*, 1885, p. 286.

² ATKINSON (*The med. Record*, 1881, t. XIX, p. 49) rapporte un fait d'élimination, au bout de huit ans; GRIPUILLEAU (*Arch. de tocol.*, 1874, p. 705), au bout de quatorze ans; LAUPUS (Dissert. inaug., Göttingen, 1876), au bout de vingt-sept ans; BENICKE (*Berl. klin. Woch.*, 1875, p. 454), après vingt-huit ans; METCALFE (*Med. Times and Gaz.*, 1872, t. I, p. 655), après quarante-trois ans; la femme avait soixante-huit ans quand elle commença à expulser des fragments osseux par le rectum.

³ V. MASCHKA (*Wien. med. Woch.*, 1885, n° 42, p. 1279) a rapporté la curieuse observation suivante : dans une autopsie judiciaire provoquée par une mort subite (qui, en Autriche, entraîne de plano l'intervention du médecin légiste), on trouva une grossesse interstitielle avec rupture de la cavité utérine. Le corps du fœtus avait passé par cette déchirure, et, de là dans l'utérus d'où il avait été extrait, mais la tête était restée dans le kyste fœtal.

⁴ PARRY (*loc. cit.*) a noté cette élimination 40 fois sur 248 observations de grossesse extra-utérine ayant dépassé l'époque du terme, avec 10 cas de mort. Mais presque tous ces faits sont antérieurs à la période antiseptique. — DESCHAMPS (*Sur les divers modes de terminaison des grossesses extra-utérines*, thèse de Paris, 1880, p. 19) rapporte 5 cas, tous suivis de guérison. Celle-ci doit être la règle aujourd'hui. — SHIELD. *Transact. obstet. Soc.*, Londres, 1^{er} avril 1891.

⁵ L'expulsion totale a été observée par PIGELET. *Bull. de l'Acad. méd. de Belgique*, 1879, t. XV, n° 1, par BURKHARDT *Berl. klin. Woch.*, 1881, p. 698 et par M. AUTORIELLO. *Wien. klin. Woch.*, 1889, p. 127, etc. Mais le plus souvent l'élimination est partielle et successive, et peut durer des mois et même des années. — SPÄTH (*Würtemb. med. Corresp. Blatt*, 1885, Bd. VIII) a cité un cas où elle s'est prolongée plus de vingt ans; elle peut entraîner la septicémie, si l'art n'intervient pas pour nettoyer le foyer. — PARRY, sur 248 faits de grossesse ayant dépassé le terme, l'a notée 65 fois. La gravité de cette terminaison a été très exagérée par PARRY (54 pour 100) et DESCHAMPS (45 pour 100). — MAYGRIER, sur 18 cas publiés de 1876 à 1886, n'a trouvé qu'une seule mort.

⁶ PRIESTLEY (*Obstet. Trans.*, Londres, 1880, t. XXI, p. 24) l'a vue survenir au bout de douze ans. — PUREFOX (*Dublin Journ. of med. Science*, avril 1877, t. LXIII, p. 562) en donne une observation, où la suppuration se prolongea plus d'un an avant de se terminer par la guérison. — PARRY note cette terminaison seulement 5 fois sur 100. — Le pronostic est incertain, vu le petit nombre de faits connus. L'ouverture simultanée du kyste dans le vagin et l'intestin donne lieu à une fistule complexe, intestino-kysto-

ou la vessie¹. Si l'art n'intervient pas, elle peut donner lieu à des suppurations interminables.

Diagnostic.

Diagnostic. — Il est indispensable pour le diagnostic, de diviser la grossesse extra-utérine en périodes; à chacune desquelles correspond un type clinique très défini.

1° De la grossesse e. u. avant le 5° mois avec :

1° **Grossesse e. u., avant le 5° mois; période embryonnaire de l'œuf allant du début de la grossesse ectopique jusqu'au moment où il existe des signes avérés de la vie du fœtus.** — C'est incomparablement le cas le plus fréquent et aussi celui qui peut donner lieu aux plus grandes incertitudes. Il est vrai que celles-ci n'ont pas d'importance véritable au point de vue du traitement, ainsi que nous le verrons. Cette période correspond aux 4 ou 5 premiers mois de la vie du fœtus; mais si celui-ci est mort, elle peut se prolonger beaucoup plus longtemps, sans modification appréciable, à moins qu'un accident (rupture, inflammation du kyste) ne soit venu bouleverser la marche de la maladie.

Grossesse normale.

Les signes rationnels n'ont rien de frappant; ce sont des troubles plus ou moins marqués du côté des organes génitaux, répondant au syndrome utérin (p. 179); on a noté, en particulier, des ménorrhagies qui ont pu nécessiter le tamponnement²; d'autres fois, la menstruation n'est nullement troublée³. Enfin, on peut observer tous les **signes d'une grossesse normale** au début: suppression des règles, modification des seins, troubles sympathiques du côté du système digestif et nerveux, etc. On recherchera, pour éviter la confusion, à préciser les limites de l'utérus dont le volume n'est pas en rapport avec l'âge de la gestation.

Avortement.

L'expulsion d'une caduque, survenant après une crise de coliques, est souvent l'indice d'une perturbation dans la vie de l'œuf et de la mort de l'embryon: la grossesse peut pourtant continuer, après cette élimination qui en a souvent imposé pour un **avortement**, surtout s'il y a eu en même temps métrorrhagie; mais, après cette expulsion, la tumeur persiste, s'il s'agit de grossesse ectopique, et disparaît s'il y a eu une simple fausse couche.

Des phénomènes douloureux, dus à la formation d'adhérences intes-

vaginales; L.-H. PETIT (*Ann. de Gyn.*, janv. 1885, t. XIX, p. 41) a décrit ces faits dans son mémoire sur l'anus iléo-vaginal.

¹ SCHULTZE. *Jen. Zeitschr.*, 1864, Bd. I, p. 581. — HAYEM et GIRAUBEAU. *Arch. de tocol.*, 1882, p. 481. — MONNIER. *Progrès méd.*, 1884, p. 1010. — WERTH. *Beiträge zur Anatomie*, etc., Stuttgart, 1887, p. 126. — WINCKEL. *Samml. klin. Vortr.*, N. F. 1890, n° 3. — SCHAUTA (*Beitr. zur Casuistik, Prognose und Therapie der Extra-uterinschwangerschaft*, Prague, 1891, p. 25) a observé un cas où l'élimination du fœtus s'était faite en plusieurs fois: un an et demi après la mort du fœtus, par le vagin, puis par le rectum et 3 ans et demi plus tard par la vessie.

² LEOPOLD. *Arch. f. Gyn.*, 1876, Bd. X, p. 248, et 1884, Bd. XIX, p. 210.

³ OLSHAUSEN. 5° *Congrès des gyn. all.* (*Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 50, p. 519).

tinales, ont été surtout accusés dans les cas de grossesse ectopique tubo-abdominale ou abdominale. C'est aussi dans les cas où l'œuf siège dans le cul-de-sac de Douglas qu'on a pu noter des symptômes graves de compression du rectum et des uretères. On a pu alors croire à un **corps fibreux** de la face postérieure de l'utérus.

Corps fibreux.

Par le toucher et la palpation bi-manuelle, on sent, sur le côté de l'utérus, souvent confondue avec lui, parfois séparée par un sillon et un pédicule, une tumeur qui ne diffère en rien des tumeurs plus fréquentes des trompes, **hydro-hémato** ou **pyo-salpinx**¹. Si l'on parvient à délimiter le corps de l'utérus, on le trouve un peu augmenté de volume et déjeté latéralement; le col n'est pas sensiblement modifié. Quand la tumeur, ce qui est plus rare, siège dans le cul-de-sac de Douglas, elle y est enclavée, et, vers le 4° mois, on perçoit le ballonnement à travers sa paroi.

Hydro, hémato-et pyo-salpinx.

On peut croire, dans ces circonstances, à la **rétroversion de l'utérus gravide**. Tantôt on a diagnostiqué une rétroversion alors qu'il y avait une grossesse extra-utérine; tantôt, au contraire, on a cru à une grossesse extra-utérine, tandis qu'en réalité il y avait rétroversion. Le cathétérisme utérin, qu'on n'avait pas craint de faire, a égaré au lieu d'éclairer le diagnostic, dans un cas de Bailly, la sonde n'ayant pénétré qu'à 8 centimètres, alors qu'il y avait rétroversion de l'utérus gravide. Un signe est susceptible de mettre sur la voie: l'exploration du kyste fœtal ne permet jamais de percevoir des contractions à son niveau, tandis qu'elles peuvent être parfois constatées à l'examen bi-manuel dans la rétroversion².

Rétroversion de l'utérus gravide.

Le toucher rectal complétera les renseignements sur le volume et les connexions de la tumeur. On devra pourtant se souvenir que ces explorations nécessitent de grands ménagements, vu le danger de rupture et d'hémorrhagie foudroyante qui peut en résulter³. Le cathétérisme utérin sera formellement proscrit pour la même raison, car il peut provoquer des contractions de l'utérus et de la trompe⁴.

Le diagnostic d'une grossesse extra-utérine avec une **grossesse ectopique développée dans une corne rudimentaire d'utérus bifide**, est, on peut l'affirmer, impossible sur la femme vivante, puisque c'est à

Grossesse dans une corne rudimentaire.

¹ Cette erreur de diagnostic a été faite, vraisemblablement, dans la majorité des cas de kyste fœtal tubaire, extirpé avant le 4° mois. Elle est souvent indiquée plus ou moins explicitement, dans les observations. Voyez, par exemple: TUTTLE. *Amer. Journ. of Obst.*, 1889, p. 951. — HANKS. *Soc. obst. de New-York (Amer. Journ. of Obst.*, janv. 1890, p. 92). — BOUILLY. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 4 déc. 1889, p. 762.

² TARNIER et BUDIN. *Traité de l'art des accouchements*, 1888, t. II, p. 252, 259, 240 et 519.

³ MAAS (*Beiträge zur Tubenschwangerschaft*, Dissert., inaug., Berlin, 1887) a publié un cas de mort ainsi survenue au cours d'une exploration.

⁴ FRÄNKEL. *Breslauer ärzt. Zeitschr.* 1882, n° 7, p. 78.

peine si on peut le faire parfois sur le cadavre, au milieu des modifications produites par le développement du kyste fœtal¹.

Le diagnostic de la **rupture** s'impose quand apparaissent les signes d'hémorrhagie interne. Quant à la **mort du fœtus**, elle peut être au moins soupçonnée lorsqu'après expulsion de la caduque, les troubles sympathiques de la grossesse disparaissent peu à peu. On a parfois noté une augmentation de volume et de sensibilité de la tumeur correspondant à une hémorrhagie de l'œuf qui tue l'embryon et bientôt suivie d'une diminution et d'une induration du kyste fœtal.

2° Diagnostic de la grossesse e. u. après le 5° mois avec :

Grossesse normale.

Diagnostic de la variété.

Faux travail.

2° **Grossesse e. u., après le 5° mois; période fœtale proprement dite.** — Dans la grossesse ectopique qui a dépassé le cinquième mois, les phénomènes sympathiques de la gestation persistent, accompagnés de douleurs abdominales parfois très vives et pouvant condamner les malades à l'immobilité; ces douleurs, les pertes de sang, l'irrégularité et la latéralité de la tumeur, peuvent empêcher de la confondre avec la **grossesse normale**. Le col est aussi beaucoup moins ramolli que dans cette dernière, et le toucher combiné à la palpation permet souvent de limiter l'utérus, au moins dans son segment inférieur, de reconnaître qu'il n'est pas sensiblement dilaté, et qu'il est repoussé sur le côté opposé à la tumeur.

Quant au diagnostic de la **variété** de grossesse ectopique, il est impossible; on croyait autrefois que toute grossesse extra-utérine qui dépassait le cinquième mois était, par cela même, abdominale. On sait, aujourd'hui, que la grossesse tubo-abdominale, la grossesse tubaire intra-ligamentaire ou sous-péritonéo-pelvienne, la grossesse ovarique et tubo-ovarique peuvent évoluer jusqu'au terme. Dans la grossesse intra-ligamentaire, la tumeur est généralement recouverte d'une coque assez épaisse, tandis que dans la grossesse abdominale les parties fœtales sont immédiatement perceptibles sous les parois de l'abdomen. Le siège du placenta sera parfois indiqué par la palpation (frémissement) et l'auscultation (bruit de souffle).

Le diagnostic du **faux travail** s'impose, lorsque surviennent des douleurs expultrices qui, ainsi que cela a été constaté durant une laparotomie², sont dues à des contractions de l'utérus à intervalles

¹ MUNDÉ (*Pregnancy in the rudimentary horn, etc. in Amer. Journ. of Obstet.*, janv. 1890, p. 23) rapporte l'observation d'un cas où il fit la laparotomie, croyant à une grossesse tubaire; il referma le ventre, après avoir très difficilement reconnu son erreur; avortement consécutif, guérison. — De semblables erreurs de diagnostic ont été faites et reconnues après la laparotomie par Mc DONALD (*Obst. Trans. of Edinburgh*, 1884-1885, p. 76), qui croyait avoir affaire à un corps fibreux; par SCLIFFOSSOWSKI, J.-E. JANVRIN, H.-O. MARCY (VAN DERWEER, *Concealed pregnancy, in Amer. Journ. of Obstet.*, nov. 1889, t. XXII, p. 1145).

² MEADOWS. *Obstet. Transact.*, 1875, t. XIII, p. 271, et t. XIV, p. 509. — L'opération faite pendant le faux travail a été pratiquée par SCOTT.

réguliers, comme dans l'accouchement normal. Ce faux travail survient, ordinairement, au moment précis du terme, parfois prématurément, au septième mois; rarement le terme de la gestation est dépassé. On ne confondra pas cette crise douloureuse avec des phénomènes de **rupture**.

La **mort du fœtus** est annoncée par la cessation des bruits du cœur, par l'augmentation de volume et le ramollissement de la tumeur, dus aux thromboses veineuses et à l'exhalation de liquide qui en est la suite, par la montée du lait. Le fœtus subit alors, s'il est toléré, un travail de momification qui tend à transformer l'œuf en une tumeur solide, adhérente, qui serait facilement confondue, en l'absence d'anamnétiques, avec une **tumeur fibreuse** de l'utérus, une ancienne **hématocèle pelvienne**, une **tumeur de l'ovaire** et, en particulier, un **kyste dermoïde**, un **cancer du péritoine**, etc. Les commémoratifs de grossesse avérée, non suivie d'accouchement, devront être recherchés avec le plus grand soin. Dans le doute, et en présence d'accidents sérieux, on fera une laparotomie qui sera d'abord exploratrice et permettra parfois, en faisant reconnaître exactement la nature et les connexions du kyste, de l'enlever directement ou de l'aborder ensuite par une autre voie¹.

Les **fistules** consécutives à l'élimination de kystes fœtaux suppurés seront diagnostiquées par les débris de squelette auxquels elles donnent issue ou sur lesquels on peut arriver après dilatation.

Enfin, on aura parfois à faire le **diagnostic des complications**. Je renvoie aux traités d'accouchement² pour l'étude des cas exceptionnels de grossesse extra-utérine récente ou ancienne, **compliquée de grossesse utérine**; pour les cas de grossesse extra-utérine ancienne compliquée de grossesse extra-utérine **récente**; enfin, pour les cas de grossesse extra-utérine compliquée d'**hydramnios**.

Pronostic. — Dans la première moitié de la grossesse ectopique, le grand danger est la rupture, et, abandonnées à elles-mêmes, les femmes succombent dans une très grande proportion, qui échappe à la statistique. Par contre, l'opération qui amène la guérison en supprimant le petit kyste fœtal, est peu grave à cette période. On peut donc dire que le pronostic n'est alors sérieux que si la tumeur n'est pas reconnue ni extirpée. Tout différent est l'état des choses, à partir de la seconde période. La maladie est, à ce moment, très grave par elle-même, grave aussi par son traitement, qui est d'autant plus

¹ L. BRÜHL (*Arch. f. Gyn.*, 1887, Bd. XXX, Heft I, p. 57) a pratiqué, dans un cas de ce genre, la laparotomie trois ans après la mort du fœtus, pour des phénomènes de suppuration du kyste. Il constata ainsi l'impossibilité de l'extraire par l'incision abdominale et la possibilité de l'ouvrir et de l'évacuer par le vagin, opération qui amena la guérison, malgré une blessure de la vessie.

² TARNIER et BUOIN. *Loc. cit.*, p. 553 et 554.

Mort du fœtus

Diagnostic de l'œuf mort avec Corps fibreux, Hématocèle pelvienne, Kyste dermoïde Cancer du péritoine.

Diagnostic des fistules.

Diagnostic des complications.

Pronostic.

périlleux qu'on s'approche plus de l'époque du terme où l'hémorragie est le plus à redouter. Il est impossible de se fier aux statistiques pour apprécier la léthalité de l'affection laissée à elle-même. En effet, la guérison dite spontanée se fait le plus souvent grâce à l'élimination du kyste par suppuration, et celle-ci est plus ou moins bénigne, surtout selon qu'elle est, ou non, méthodiquement et antiseptiquement traitée. Ces réserves faites, voici les chiffres indiqués par Parry : sur 508 cas qu'il a relevés, 499 fois le sort de la femme est indiqué, 556 fois elle a succombé et 165 fois elle a guéri, ce qui donne une mortalité générale de 67,2 pour 100.

La grossesse dans une corne rudimentaire est aussi très grave, si on l'abandonne à elle-même, d'après les relevés d'Himmelfarb¹. Il est probable pourtant que plusieurs de ces faits passent inaperçus quand l'avortement s'est produit dans les premiers temps, avant que le fœtus ait atteint de trop fortes dimensions pour traverser le défilé qui le sépare des voies naturelles.

Traitement.

Traitement. — Un fait domine la thérapeutique de la grossesse ectopique : à toutes les périodes de son évolution, elle constitue un danger formidable; danger d'hémorragie mortelle, à la première période; danger de péritonite et de septicémie, à la seconde; danger de suppuration interne et de compressions alors même qu'elle est depuis longtemps transformée en un reliquat en apparence inerte. C'est donc avec raison que Werth a pu avancer que la grossesse extra-utérine devait être considérée comme un néoplasme malin et traitée comme tel : les cas rares de tolérance ou de guérison naturelle ne sauraient autoriser l'expectation, en présence des accidents mortels qui constituent la règle presque générale, quoique à échéance plus ou moins longue².

La question thérapeutique, au point de vue des indications, est ainsi, on le voit, très simplifiée; elle se réduit, en définitive, à une question d'opportunité opératoire et à une question de technique pour l'extirpation du fœtus.

Je ne saurais, cependant, passer sous silence certains modes de traitement dont les uns n'ont déjà plus qu'une valeur historique, et dont les autres conservent encore de fervents partisans. Ils sont tous

¹ HIMMELFARB, d'Odessa (*Journal russe d'obstét. et de gyn.*, 1888, p. 281, anal. in *Münchn. med. Woch.*, 1888, n° 35) en a rassemblé 36 cas, sur lesquels 24 femmes sont mortes de la rupture du sac; 5 se sont terminés par la formation de lithopédiions, 7 fois la laparotomie a été faite, après la mort du fœtus, dont un seul était arrivé à terme; 6 succès et 1 mort.

² SCHAUTA (*Beitr. zur Casuistik, Prognose, und Therapie der Extra-uterinschwangerschaft*, Prague, 1891, p. 37) relevant, de 1876 à 1891, 626 cas de grossesse extra-utérine, a noté que 241 cas traités par l'expectation avaient donné une mortalité de 68,8 pour 100, tandis que sur 555 cas opérés la mortalité n'avait été que de 26 pour 100.

relatifs à la première période de la gestation ectopique, et ont pour but d'amener la mort de l'embryon, quand il a le plus de chances d'être ensuite toléré ou résorbé.

Parmi les moyens archaïques ou condamnés, je mentionnerai : l'affaiblissement de la mère par une sorte de cure de la faim et par des purgatifs (Ritgen¹), l'administration de la strychnine à dose légèrement toxique pour la mère (Barnes²), les injections hypodermiques d'ergotine (Janvrin³), les frictions mercurielles, l'administration de l'iodure de potassium, les saignées répétées⁴, la ponction du kyste⁵.

Deux moyens d'amener la mort précoce du fœtus sont encore employés et discutés : l'injection de morphine dans le sac et l'électricité.

L'injection de morphine⁶, à l'aide d'une seringue de Pravaz, est préconisée avant le 5^e mois. Deux injections de trois centigrammes de chlorhydrate de morphine, faites à huit ou quinze jours d'intervalle suffiraient⁷. On ne saurait méconnaître que ce moyen, séduisant par sa simplicité et son innocuité apparente, peut donner lieu à de graves accidents : hémorragie, septicémie, perforation d'une anse intestinale⁸. Or, dans tous les cas où elle peut être efficace (début de la grossesse), la laparotomie n'offre presque aucune gravité, entre les mains d'un chirurgien expérimenté.

L'électricité⁹ a été employée suivant divers procédés : l'électropuncture, la galvanisation, la faradisation. C'est cette dernière qui

Traitements médicaux divers.

Injections de morphine.

Électricité.

¹ VON RITGEN (cité par KELLER. *Des grossesses extra-utérines, etc.* Thèse de Paris, 1872, p. 54) administrait quotidiennement du sel de Glauber et des pilules de seigle ergoté.

² R. BARNES. *Diseases of women*, 1874, p. 375.

³ JANVRIN. *Amer. Journ. of Obstet.*, nov. 1874, p. 452.

⁴ KELLER. *Loc. cit.*, p. 54.

⁵ SIMPSON. *Edinb. med. Journ.*, 1864, t. I, p. 865. — BRAXTON HICKS. *Obstet. Transact.*, Londres, 1866, t. VII, p. 95. — FREUND. *Arch. f. Gyn.*, 1885, Bd. XXII, p. 115.

⁶ C'est JOULIN (*Thèse d'agrég.*, Paris, 1865 et *Traité complet d'accouch.*, 1866, p. 967) qui proposa, le premier, de tuer le fœtus, en injectant de l'atropine ou de la strychnine dans le sac par ponction capillaire. — FRIEDREICH (*Virchow's Arch.*, 1864, Bd. XXIX, p. 312) mit, le premier, ce procédé à exécution. — KEBERLÉ (cité par KELLER, *loc. cit.*, p. 57) employa aussi ce moyen, avec succès. — FOURRIER, de Compiègne (*Bull. gén. de thérap.*, 1874, t. LXXXVII, p. 215, 271), ayant voulu tuer ainsi un fœtus de six mois, le tua en effet, mais le kyste suppura, provoqua une métrite-péritonite et la femme succomba à la gastro-tomie, pratiquée par TARNIER. — MAYGRIER (*loc. cit.*) en avait, en 1886, réuni six observations.

⁷ GOSSMANN (*Münchn. med. Woch.*, 1888, n° 50) relate un succès avec deux injections, à quatorze jours de distance. — WINCKEL (*Congrès des gynéc. allem.*, Fribourg, 1889, in *Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 29, p. 502) a guéri une femme par deux injections, à huit jours d'intervalle, une autre avec une seule. Il connaît 9 succès avérés par ce moyen. — VEIZ (*ibid.*, n° 50, p. 516) admet ce procédé.

⁸ L. MEYER, *Hosp. Tid.*, Copenhague, 1888, n° 50, p. 745 et *Zur operat. Behandlung der Extra-uterinschwang.* (*Zeitsch. f. Geb. und Gyn.*, 1888, Bd. XV, Heft I, p. 147). — Un cas de mort par l'injection de morphine a été publié par DUNCAN, *St. Barthol. Hosp. Reports*, 1885, t. XIX, p. 27 et 44.

⁹ BACHETTI, de Pise (*Gaz. med. ital. feder. de Toscane*, 1855, t. III, p. 137), à l'instigation de BURCI, est le premier à avoir employé l'électropuncture : la femme guérit, mais le diagnostic était douteux.