

n'ont pas encore acquis l'énergie de contraction qu'elles auront plus tard, ne revienne pas sur lui-même, que l'hémorrhagie ne s'arrête pas, et que le tampon soit encore nécessaire. Ajoutons enfin que, dans les trois premiers mois, la rupture des membranes est presque immédiatement suivie de l'écoulement des eaux et de la sortie du fœtus, mais que l'expulsion du placenta et des membranes en est rendue ensuite beaucoup plus difficile.

Lorsque l'œuf est complètement expulsé, la femme est soumise aux mêmes précautions qu'après l'accouchement ordinaire.

CHAPITRE VI

DE LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

Ainsi que nous l'avons déjà indiqué, c'est quelquefois dans l'ovaire que s'opère la fécondation. L'ovule fécondé est pris par le pavillon de la trompe, qui vient, par une contraction spasmodique sans doute, s'appliquer sur l'ovaire. Arrivé dans le canal tubaire, l'ovule en parcourt toute l'étendue, et tombe dans la cavité utérine, où il continue de se développer : c'est là ce qui a lieu dans la *bonne grossesse*, la *grossesse utérine* ; mais il peut arriver que l'ovule soit arrêté ou dévié dans le chemin qu'il parcourt ainsi, et que, se greffant, pour ainsi dire, sur le point où il est arrêté, il s'y développe : alors la grossesse est dite *mauvaise grossesse*, *grossesse extra-utérine*.

Cette espèce de grossesse a été divisée en plusieurs variétés, qui ont reçu différents noms, suivant le point du trajet où l'œuf s'était fixé. Dezeimeris avait admis les espèces suivantes : 1° grossesse ovarique ; 2° grossesse sous-péritonéo-pelviennne ; 3° grossesse tubo-ovarique ; 4° grossesse tubo-abdominale ; 5° grossesse tubaire ; 6° grossesse tubo-utérine interstitielle ; 7° grossesse utéro-interstitielle ; 8° grossesse utéro-tubaire ; 9° grossesse utéro-tubo-abdominale ; 10° grossesse abdominale.

Telle était la division qui, au point de vue de l'anatomie pathologique, avait été adoptée dans les six premières éditions de ce livre. Nous croyons aujourd'hui qu'il y a quelque avantage à simplifier cette classification, et nous décrirons seulement cinq variétés de grossesse extra-utérine :

- 1° Grossesse abdominale ;
- 2° Grossesse tubo-abdominale ;
- 3° Grossesse tubaire ;
- 4° Grossesse tubo-utérine interstitielle ;
- 5° Grossesse utéro-tubaire.

1° *Grossesse abdominale*. — Pour que la fécondation soit possible, le contact immédiat entre le sperme et l'ovule est nécessaire. Il faut par conséquent que la vésicule de de Graaf soit rompue et s'ouvre dans la cavité abdominale, dont elle

fait momentanément partie. Mais si l'ovule fécondé, au lieu de s'engager dans la trompe, reste dans l'ovisac qui vient de se rompre, est arrêté à la surface de l'ovaire ou tombe dans la cavité péritonéale, son développement donne lieu à une grossesse extra-utérine que nous désignerons sous le nom collectif de *grossesse abdominale*. Nous y distinguerons trois variétés : dans la première l'ovule fécondé est encore contenu dans l'ovisac qui vient de se déchirer et il s'y développe sur place ; dans ce cas la grossesse est dite *ovarique interne*. Dans une seconde variété, l'ovule fécondé, sorti de la vésicule de de Graaf, reste adhérent à la surface de l'ovaire, où il se développe ; cette grossesse est appelée *ovarique externe*. Enfin si l'ovule abandonne l'ovaire pour se greffer sur une partie quelconque du péritoine, la grossesse reçoit le nom de *péritonéale*.

La *grossesse ovarique interne* est celle dans laquelle l'œuf s'est développé dans l'ovaire même. Cette variété a donné lieu à de nombreuses discussions scientifiques, car pendant longtemps on avait admis que l'ovule pouvait être fécondé sans déchirure préalable de la vésicule de de Graaf. Parmi les observations qui plaident en faveur de cette hypothèse, il faut citer celle qui est rapportée par Bœhmer. Cet auteur décrit, en effet, avec beaucoup de soin et la membrane propre de l'ovaire et son enveloppe péritonéale. Mais c'est avec raison que M. Velpeau fait observer qu'il est souvent très-difficile de préciser au juste le point de départ de la tumeur ; aussi nous admettons avec lui que, dans cette espèce de grossesse, il y a toujours eu déchirure de l'ovisac. Si la petite plaie qui en résulte n'est pas évidente au moment de la dissection, c'est qu'elle a été masquée par le travail de la cicatrisation et la production d'une membrane de nouvelle formation.

La *grossesse ovarique externe* ne peut être mise en doute. Dans cette variété, relativement assez fréquente, l'œuf fécondé conserve des rapports intimes avec l'ovaire sur lequel il reste appliqué, tout en se développant dans la cavité abdominale.

La *grossesse péritonéale*, longtemps contestée, est aujourd'hui établie par un si grand nombre de faits observés soit chez la femme, soit sur les animaux, qu'il est impossible d'en nier la possibilité. Sans doute on a souvent confondu avec elle des grossesses ovariques ou autres ; mais il est incontestable que, dans plusieurs des observations publiées, l'œuf n'avait aucun rapport avec les organes génitaux internes. M. Dezeimeris a distingué cette grossesse en *primitive* et en *secondaire*. Dans celle-là le produit de la conception n'a jamais eu d'autre domicile que la cavité péritonéale dans laquelle il est tombé en quittant la vésicule ovarienne ; dans celle-ci, au contraire, l'ovule s'était d'abord développé dans l'ovaire, la trompe, les parois de l'utérus, mais plus tard l'excès de distension ou l'altération pathologique des parois de la tumeur en ont détruit la continuité, et l'œuf, chassé en totalité ou en partie du kyste qui le contenait, a pris domicile dans la cavité abdominale, où on le trouve. La grossesse abdominale secondaire de M. Dezeimeris n'est donc autre chose qu'une grossesse tubaire interstitielle, qui s'est terminée par rupture du kyste primitif ; que cette rupture survienne à une époque peu avancée ou seulement au terme régulier de la gestation, elle ne

doit être considérée que comme un épiphénomène, et, dans aucun cas, elle ne peut constituer une variété distincte. Nous réserverons donc le nom de *grossesse péritonéale* à celle dans laquelle l'ovule est venu, dès le principe, se greffer sur une partie complètement séparée des organes génitaux internes. Le lieu où il peut ainsi se fixer varie à l'infini, et l'on a vu le placenta adhérer tantôt au péritoine qui recouvre les fosses iliaques droite ou gauche, tantôt au mésentère ou à une portion du gros et du petit intestin, quelquefois enfin à la paroi abdominale antérieure.

C'est encore à la grossesse péritonéale qu'il faut, croyons-nous, rapporter la plupart des faits qui ont été décrits par M. Dezeimeris, sous le nom de *grossesse sous-péritonéo-pelvienne*. Cet auteur désigne ainsi une variété dans laquelle l'ovule, après avoir quitté l'ovaire, n'a pu pénétrer dans l'ouverture interne de la trompe, s'est glissé entre les deux feuillets du ligament large, et s'est développé en ce point. L'œuf serait, d'après cette opinion, en dehors du péritoine, et séjournerait principalement dans la cavité pelvienne. Suivant Dezeimeris, cette variété n'est point rare, et c'est une de celles qui, en raison de la situation de l'œuf, offrent le moins de gravité. Cette situation, en effet, avorise singulièrement l'expulsion spontanée des débris du fœtus, ou bien les rend plus facilement accessibles dans les cas où l'on se croit obligé de les extraire. Nous acceptons ce pronostic, mais nous croyons que Dezeimeris s'est trompé en imaginant que l'œuf peut se glisser entre les deux feuillets du ligament large; il ne me paraît pas possible qu'il puisse suivre un pareil chemin. Ce qui a trompé les observateurs, c'est que, dans ces cas, en ouvrant l'abdomen, le péritoine du petit bassin paraît soulevé par une tumeur sous-jacente; mais ce n'est là qu'une apparence trompeuse; la tumeur n'est pas réellement recouverte par le péritoine, mais bien par une fausse membrane de nouvelle formation qui acquiert rapidement l'aspect brillant et poli d'une séreuse et qui se confond sans ligne de démarcation bien tranchée avec le péritoine environné. Si l'on incise cette pseudo-membrane, on trouvera, en disséquant avec soin, le véritable péritoine au-dessous du kyste fœtal. La tumeur n'est pas extra-péritonéale, mais intra-péritonéale. En un mot, il se produit ici le même phénomène qui pendant longtemps avait fait penser que l'hématocèle rétro-utérine était située en dehors du péritoine.

2° *Grossesse tubo-abdominale*. — On comprend que si la trompe est oblitérée très-près de son pavillon, l'ovule à peine engagé dans ce canal sera nécessairement arrêté; s'il se développe en ce point, il dilatera les parois de la trompe, mais une portion de sa surface sera nécessairement libre dans la cavité abdominale. La grossesse porte alors le nom de *tubo-abdominale*; le placenta est inséré dans l'intérieur du canal tubaire, et le fœtus se développe dans la cavité du ventre, l'un et l'autre environnés d'un kyste dont les parois sont en partie seulement formées par les parois de la trompe.

Nous rangeons dans les grossesses tubo-abdominales les faits qui ont été décrits sous le nom de grossesses *tubo-ovariques*. Dans cette dernière variété le kyste qui environne le fœtus est formé partie par l'ovaire, partie par le pavillon

de la trompe dilatée, dont les extrémités ont contracté des adhérences avec la tunique ovarienne. Voici une observation du docteur Jackson, citée avec raison par Dezeimeris, comme pouvant servir de type. A la suite d'un coup violent sur l'hypogastre, une femme de vingt-deux ans fut prise d'accidents inflammatoires auxquels elle succomba. A l'autopsie, on trouva une grande quantité de sang épanchée dans l'abdomen; un fœtus d'environ dix semaines fut trouvé dans un énorme caillot. L'utérus avait son fond contre le pubis et son col appuyé contre le milieu du sacrum. Ce changement dans sa situation naturelle avait été déterminé par une tumeur placée au côté gauche de la matrice. Cette tumeur était constituée par l'ovaire, la trompe et le ligament large considérablement épaissis et modifiés dans leur structure; les franges du pavillon de la trompe adhéraient intimement avec l'enveloppe de l'ovaire, et ces deux organes formaient ensemble un kyste dont la distension par le corps qui y était contenu avait déterminé la rupture.

Dans un autre cas cité par Bussières, et qui me paraît aussi concluant, la trompe du côté droit était extrêmement dilatée par son extrémité, et cette dilatation, dont la plus grande largeur avait un pouce de diamètre, s'étendait à un peu plus d'un pouce et demi, en diminuant du côté de la matrice. Cette partie de la trompe ainsi dilatée se recourbait et embrassait presque tout l'ovaire, à la membrane duquel elle était si adhérente, qu'elle n'en put être détachée qu'en déchirant les adhérences. Aussitôt qu'elle fut séparée, il en sortit une liqueur limpide et onctueuse, puis l'œuf parut à découvert: il était de la grosseur d'une noisette et entouré de cette liqueur; les trois quarts étaient hors de l'ovaire par le trou qu'il y avait fait, en sorte qu'il semblait ne plus tenir; cependant, quand on voulut le tirer, on le trouva attaché par un pédicule assez dur parsemé de vaisseaux sanguins.

3° *Grossesse tubaire*. — C'est de toutes les grossesses extra-utérines la plus fréquente; et cette fréquence s'explique facilement par la longueur de ce canal, par son étroitesse, les adhérences et les oblitérations morbides que peuvent offrir ses parois. Dans ce cas, l'œuf s'arrête et se développe sur un des points du canal compris entre son ouverture abdominale et le point où il pénètre dans l'épaisseur même des parois utérines; en se développant, il distend outre mesure les fibres de la trompe qui seules constituent les parois du kyste fœtal. Aux faits déjà si nombreux rappelés par MM. Velpeau et Dezeimeris, j'en pourrais ajouter un autre, que j'ai déjà publié dans le *Bulletin de la Société anatomique*. On en trouve partout tant d'exemples, que je crois inutile d'en reproduire aucun détail. On consultera avec avantage sur ce point la thèse du docteur Lesouef.

4° *Grossesse tubo-utérine interstitielle*. — Dans cette grossesse, l'œuf s'arrête dans cette portion de la trompe qui traverse l'épaisseur même des parois utérines; c'est là son caractère principal. On y a cependant décrit deux variétés dont nous dirons quelques mots.

Dans une première variété, les parois de la trompe se laissent distendre par le développement de l'œuf, refoulent les tissus propres de l'organe qui les envi-

ronne, mais constituent toujours le plan le plus interne du kyste dans lequel est renfermé le produit de la conception.

Dans une première variété, l'œuf arrive encore jusque dans ce point de la trompe qui traverse l'épaisseur des parois utérines; mais, arrivé là, il se fraye une voie à travers l'épaisseur des parois du canal, pénètre au milieu même des fibres de l'utérus, et n'a plus aucun rapport avec les parois de la trompe. Le kyste qui l'environne est seulement formé par les fibres musculaires de la matrice. Une fois arrivé au milieu des fibres utérines, l'œuf peut se diriger en dedans ou en dehors, et par conséquent se placer plus ou moins près de la couche muqueuse ou de la tunique péritonéale. Dans la pièce qui appartient à M. Pinel-Grandchamp, l'utérus avait le volume qu'il offre souvent à six semaines ou deux mois de grossesse; à son angle gauche apparaissait une tumeur qui s'était rompue en arrière par une assez petite ouverture. Cette tumeur formait une poche contenant le produit de la conception; la trompe passait en arrière et n'offrait d'autre communication avec le kyste qu'un orifice presque microscopique. Le calibre de la trompe n'était augmenté en aucun point de son étendue; le kyste avait une capacité à contenir une aveline.

5° *Grossesse utéro-tubaire.* — Rien ne répugne à admettre que, malgré une libre communication de la trompe et de la cavité de la matrice, l'œuf, engagé dans un petit enfoncement ou dépression de la muqueuse, s'arrête et se greffe tout près de l'orifice interne du canal. Il arrivera, dans ce cas, quelque chose d'analogue à ce qui arrive dans les grossesses tubo-abdominales, c'est-à-dire que l'œuf qui aura contracté des adhérences intimes avec cette extrémité, pourra, en se développant, venir faire saillie dans la cavité même de l'utérus. Je n'hésite donc pas à considérer comme possible cette variété de grossesse.

Il est probable que c'est à une grossesse tubo-utérine qu'il faut rattacher quelques faits singuliers qui ont été décrits par Dezeimeris sous le nom de *grossesse utéro-tubo-abdominale*. Dans cette variété, dont Patuna, Hunter, Hoffmeister, ont cité chacun un exemple, on a trouvé que le fœtus était contenu dans la cavité abdominale; le cordon, partant de l'ombilic, pénétrait dans le canal tubaire, et venait s'implanter sur le placenta, qui était lui-même inséré sur un des points de la surface interne de l'utérus. Quelques extraordinaires que paraissent les faits dont je parle, je ne crois vraiment pas qu'on puisse les nier après avoir lu l'observation suivante (*). (Voyez ci-dessous l'observation em-

(* Héléne Zop, âgée de trente-cinq ans, mariée depuis douze ans, avait eu huit enfants, dont deux jumeaux. Le dimanche 10 juillet 1763, comme elle s'apprêtait à aller à l'église, elle fut prise, à la suite d'un violent accès de colère, d'une perte abondante et des douleurs de l'enfantement (car elle était alors à terme); cependant elle ne perdit point d'eau, mais du sang pur. Elle sentit presque jusqu'à son dernier soupir les mouvements de son enfant. La sage-femme, qu'on avait appelée, annonça d'abord un accouchement prochain; mais au bout de quelques heures, comme elle voyait la perte continuer sans signe positif de l'approche de la parturition, elle fit appeler à la fois un médecin et un chirurgien. Le médecin accourut en toute hâte, et voyant de prime abord l'imminence du danger, il ordonna l'administration des sacrements; il prescrivit en même temps divers moyens, une saignée de la salvatelle qui fut suivie, la métrorrhagie

pruntée au Mémoire de M. Dezeimeris.) Nous nous les expliquons en supposant une grossesse tubo-utérine terminée par rupture de la trompe, avec passage du fœtus dans le péritoine, le placenta restant dans l'utérus. Le cordon traverserait la trompe en allant du fœtus à son placenta.

Nous n'avons pu, dans ce paragraphe, citer un plus grand nombre d'observations; nous en avons dit assez, pourtant, pour faire comprendre quels sont les faits qu'on doit rattacher aux diverses variétés de grossesses extra-utérines que nous avons admises. Le lecteur consultera avec fruit l'article de M. le professeur Velpeau, dans le quatorzième volume du *Dictionnaire de médecine*, le savant Mémoire que M. Dezeimeris a publié dans la quatrième année du *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, les Mémoires de MM. Breschet, Menière et Guillemot.

ne perdant pas de sa violence, d'une syncope profonde. A peine les sacrements avaient-ils été administrés à la malade, qu'elle rendit le dernier soupir, à onze heures du matin, le même jour.

Patuna arriva avec son père, chirurgien pensionné de la ville, au moment même où elle venait d'expirer. Après s'être assuré de sa mort, il pratiqua sans retard sur le côté droit, où l'abdomen offrait plus de résistance, une incision césarienne. A peine la paroi abdominale était-elle divisée, qu'un fœtus se présenta, d'un volume énorme et comparable à celui d'un enfant de neuf mois. Il était placé de telle sorte que son dos regardait la paroi abdominale de la mère, sa tête immédiatement sous le diaphragme, tournée vers les vertèbres, un peu inclinée; les genoux fléchis vers la tête, la main droite sur les fesses, la gauche près de l'ombilic; le cordon ombilical, d'une longueur assez considérable, remontant en haut et à droite, faisait le tour du cou, puis allait pénétrer dans la trompe de Fallope du côté droit. Un exemple de grossesse extra-utérine était un cas tout nouveau pour Patuna, bien qu'il connût la plupart de ceux qui avaient été publiés; il fit ses recherches avec le plus grand soin; ayant agrandi l'ouverture faite à l'abdomen pour mieux examiner cette cavité, il rechercha avec toute l'attention possible les enveloppes du fœtus, mais ce fut en vain; il ne trouva non plus dans la cavité abdominale ni liquide amniotique, ni aucune autre espèce de liquide. En suivant de la main le cordon ombilical, il le vit pénétrer dans la trompe droite, à un travers de doigt de distance de l'utérus. Cette partie de la trompe du côté de l'utérus était plus volumineuse que la portion allant à l'ovaire, d'où il jugea que le cordon devait se rendre par la première jusque dans l'utérus. Ce viscère avait un volume supérieur à celui du poing et la figure piriforme qui lui est naturelle; on n'y voyait pas le moindre vestige d'une déchirure quelconque, pas la moindre cicatrice; il s'élevait à peine au-dessus du vagin. Ces observations faites, Patuna fit une incision à la trompe depuis l'entrée du cordon dans son intérieur, vers l'utérus. Elle n'offrait rien de particulier, si ce n'est son adhérence avec le cordon, à l'endroit où celui-ci l'avait perforé. L'utérus fut ouvert ensuite, et ne présenta non plus à l'intérieur nulle trace d'une déchirure antérieure quelconque. L'épaisseur de ses parois était d'un pouce et demi, sa substance était presque vide de sang. Dans son intérieur se trouvait le placenta, qui adhérait, dans un espace peu étendu, à son fond, un peu à droite; à gauche où il s'étendait davantage, il était détaché; il avait près de deux doigts d'épaisseur, environ 4 pouces de diamètre; il commençait tout près de l'embouchure utérine de la trompe droite, et adhérait plus fortement en cet endroit qu'en tout autre. On voyait manifestement à sa face convexe et au fond de l'utérus, sur lequel il était greffé, des extrémités vasculaires. Sa face concave, du milieu de laquelle naissait le cordon, était recouverte de deux membranes, l'une, l'intérieure, plus épaisse et vasculaire; l'extérieure, très-mince et translucide, qui, réunies ensemble au bout du placenta, y formaient une substance un peu plus solide et s'y terminaient en laissant se dessiner dans leur épaisseur quelques petits vaisseaux très-fins. L'orifice interne de l'utérus admettait à peine le petit doigt. Si l'on excepte le changement de situation des intestins, tout le reste était dans l'état naturel. (Barthélemy patuna.)

Il nous reste maintenant à faire l'histoire pathologique et physiologique de ces diverses grossesses. Nous commencerons par leur anatomie pathologique.

§ I.

L'examen anatomo-pathologique des grossesses extra-utérines comprend évidemment les particularités que présente le produit de la conception et celles qu'offrent les parties de la mère.

A. Produit de la conception. — Dans les grossesses extra-utérines, l'œuf a ses membranes propres, le chorion et l'amnios. Ce n'est pas sans un profond étonnement que, dans une discussion soulevée à l'Académie de médecine, j'ai entendu plusieurs honorables membres soutenir que, dans les grossesses abdominales, l'enveloppe de l'œuf était seulement composée de l'amnios, et qu'il n'y avait pas de chorion. De ce que dans quelques grossesses très-anciennes la membrane la plus extérieure de l'œuf s'était confondue avec les parois du kyste, il n'est pas possible de conclure que dans le principe cette membrane n'existait pas. Il suffit, en effet, de se rappeler ce que nous avons dit du mode de développement de l'œuf, pour comprendre que l'absence du chorion suppose l'absence de l'allantoïde, et que sans allantoïde aucun rapport de circulation ne peut s'établir entre l'embryon et la mère.

La composition des parois du kyste varie suivant l'espèce de grossesse extra-utérine. Dans la grossesse tubaire, elles sont formées par les parois de la trompe elle-même; dans la grossesse ovarique interne, par les téguments de l'ovaire.

Dans la grossesse abdominale dite *sous-péritonéo-pelviennne*, ou lorsque l'œuf primitivement fixé dans l'ovaire, la trompe ou même l'utérus, s'est porté, après la rupture du kyste qui le renfermait, sur un des points de la cavité abdominale, il y a, en outre, un kyste pseudo-membraneux, qui remplace la caduque utérine, et qui est le résultat de l'inflammation que l'œuf détermine autour de lui. Cette membrane d'enveloppe, ce kyste n'existe pas toujours dans la grossesse péritonéale primitive. M. Dezeimeris explique ainsi cette dernière circonstance : Lorsque l'ovule fécondé s'égare dans la cavité abdominale aussitôt après sa sortie de l'ovaire, on devine aisément qu'un corpuscule aussi peu volumineux, aussi souple, aussi fragile, ne peut provoquer qu'une excitation très-légère sur le point sur lequel il s'arrête, et que le champ de cette excitation ne peut dépasser les limites du contact du petit corps étranger; en un mot, il ne peut causer une inflammation aiguë, des adhérences et une exsudation plastique susceptible de former un kyste autour de lui. Or, s'il n'a pas produit tous ces désordres, les organes voisins ne seront pas blessés de son développement ultérieur, auquel ils s'habituent peu à peu : l'ovule, ayant pris droit de domicile, vivra, grandira, présentant aux surfaces polies et unies qui le touchent une surface également lisse, polie et humectée à leurs dépens, et il n'aura pas besoin d'autre enveloppe protectrice; il ne se formera donc pas de kyste. Mais que tout à coup un œuf déjà volumineux vienne à se rompre, et que

son contenu, d'abord placé comme lui dans la trompe ou l'ovaire, se trouve transporté au milieu de la cavité péritonéale, le produit de la conception constitue un corps étranger au voisinage duquel les organes abdominaux ne sont pas habitués, qui doit les blesser, les irriter et solliciter tout alentour une inflammation aiguë, dont le résultat sera l'exsudation d'une lymphe plastique : celle-ci, en se coagulant, constituera un kyste, et isolera complètement le corps étranger.

Si, dans ces cas, le déplacement du fœtus est tel qu'il sorte complètement de la cavité amniotique pour se placer subitement avec le liquide qui l'environne au milieu de la masse intestinale, il se développera tout autour de lui une inflammation, puis se formera le kyste dont nous venons de parler. Le kyste nouveau environnera alors complètement le fœtus. Mais, dans certains cas, le déplacement n'est pas aussi complet; la plus grande partie du tronc peut, après la rupture, rester encore dans la cavité de l'amnios, et une partie seulement se déplacer : cette dernière seule détermine alors autour d'elle l'inflammation, puis l'exsudation, dont le produit se transforme en fausse membrane, et celle-ci, s'unissant aux bords de la déchirure, constitue seulement une portion du kyste qui environne le fœtus, le reste étant encore formé par l'ancienne enveloppe fœtale, les parois de la trompe, par exemple, dans les cas de grossesse tubaire. Les mêmes rapports peuvent s'établir avec les membranes de l'œuf lui-même, si, dans un cas de grossesse abdominale primitive, le chorion et l'amnios se déchirent à une époque avancée de la grossesse. Ainsi, dans un cas cité par M. Dubois, le kyste qui renfermait le fœtus était formé par une membrane dont l'aspect et la structure n'étaient pas les mêmes partout : dans la plus grande partie de son étendue, la surface interne du kyste était d'une couleur un peu brune, qu'elle devait peut-être à l'imbibition du liquide avec lequel elle s'était trouvée en contact, et elle offrait au toucher et à la vue l'apparence de la muqueuse de l'intestin grêle, ou plutôt encore celle des membranes accidentelles qui tapissent les trajets fistuleux. Dans d'autres points, ceux qui, par exemple, étaient voisins de la circonférence du placenta, et sur la plus grande partie de cette surface elle-même, le kyste était plus lisse, plus poli; il offrait, en un mot, l'aspect ordinaire de l'amnios. Le kyste était simple et épais d'un demi-millimètre à peu près là où il offrait l'aspect un peu brun et vilieux dont nous avons parlé; il était au contraire évidemment formé de deux feuillets (chorion et amnios) là où sa surface était lisse et polie.

Dans tous les cas, des vaisseaux nombreux et très-volumineux se développent dans les parois du kyste, et l'on comprend que leur rupture soit suivie d'une hémorrhagie très-souvent mortelle pour la mère.

Quand la grossesse extra-utérine se prolonge, ces enveloppes peuvent se détruire, perforées qu'elles sont par des trajets fistuleux, des ouvertures qui les font communiquer avec le canal intestinal, le vagin, la vessie, l'utérus, ou un abcès extérieur. Cette destruction du kyste est tantôt partielle, tantôt complète, au point que, dans certains cas, on n'en trouve pas de vestiges. Quelquefois les enveloppes subissent des transformations ossiformes, crétacées, qui peuvent en faire des coques solides.

Le fœtus, quant à son développement, n'offre rien de particulier. Dans plusieurs des cas étudiés anatomiquement et longtemps après le terme de la grossesse, il a paru que le système osseux offrait un développement plus grand que chez le fœtus de neuf mois. Souvent même on a constaté l'existence de plusieurs dents, ou les traces d'un travail d'éruption de ces petits os; ce qui semblerait indiquer que le fœtus a continué de vivre et de se développer au delà du terme ordinaire de la grossesse. Parmi les altérations diverses que le fœtus peut subir, la plus commune est la fonte putrilagineuse de ces parties molles, macérées dans un mélange de liquide amniotique, de sang et de pus; la séparation des diverses pièces de son squelette, et leur sortie par diverses voies. D'autres fois il semble avoir subi une sorte de momification, un dessèchement complet. Dans certains cas, enfin, tous les tissus paraissent transformés en une substance osseuse, crétaçée, ou ressemblant au gras de cadavre. Il est sans doute inutile d'ajouter qu'alors il n'est plus possible de retrouver aucune trace des membranes de l'œuf.

B. *Parties de la mère.* — Quelque peu vasculaires que soient les parties sur lesquelles l'œuf s'est attaché, on voit des canaux sanguins très-volumineux s'y développer; de grosses veines rampent sous le péritoine, au pourtour du lieu où est greffé le placenta. L'ovaire, la trompe, quand ils sont le siège de la grossesse, offrent un tissu mou, comme fongueux, imprégné de sang.

La matrice ne reste pas aussi étrangère qu'on pourrait le croire au développement de la grossesse extra-utérine. Son volume augmente d'une manière très-notable, son tissu devient plus mou, la membrane muqueuse s'hypertrophie, devient plus vasculaire, et constitue dès les premiers temps une véritable membrane caduque. M. Velpeau nie ce dernier fait. Je crois avoir réfuté l'opinion de M. Velpeau dans les *Bulletins de la Société anatomique* (septembre 1836). Cette hypertrophie de la muqueuse utérine n'est que de courte durée. L'œuf n'arrivant pas dans l'utérus, la muqueuse n'a aucune fonction à remplir; aussi elle s'atrophie comme tout organe inutile, perd sa riche vascularisation, et rentre après quelques mois dans les conditions de l'état de vacuité. On trouve aussi assez souvent, dans le col de l'utérus, une substance gélatineuse, une espèce de mucus filant et assez épais. Lorsque la grossesse a dépassé son terme, l'utérus revient peu à peu à son état naturel.

Enfin, dans quelques cas, on a trouvé le calibre de la trompe oblitéré dans un des points de son étendue.

§ II. — Symptômes et diagnostic des grossesses extra-utérines.

Il est assez difficile, dans les premiers mois, de reconnaître une grossesse extra-utérine. Les modifications qui surviennent alors dans le volume, la forme et la consistance du corps et du col de l'utérus, doivent certainement exposer à l'erreur et faire croire à une vraie grossesse. Il n'y a rien de constant relativement à la menstruation et à la sécrétion laiteuse. Tantôt les règles persistent, tantôt elles cessent de couler. Quelquefois la menstruation ne repa-

rait même pas après l'époque où l'accouchement aurait dû avoir lieu. Ces variétés se rencontrent encore dans la sécrétion du lait. On a vu enfin la menstruation ne jamais reparaitre pendant des grossesses extra-utérines, qui ont duré plus de trente années, et la sécrétion laiteuse se continuer pendant tout ce temps.

Il y a souvent, à dater d'une époque peu éloignée de la conception, des douleurs abdominales plus ou moins analogues aux douleurs utérines; quelquefois une douleur fixe, constante, circonscrite dans le bassin, l'aîne ou la région ombilicale (la femme dont j'ai présenté les pièces à la Société anatomique avait été traitée pour une péritonite partielle); souvent aussi impossibilité de se coucher sur un côté. Lorsque la tumeur, encore peu volumineuse, est tombée dans le petit bassin, elle repousse l'utérus en avant, et le col est porté en avant et assez haut derrière le pubis. Ce déplacement du col de la matrice, joint à l'existence d'une tumeur volumineuse à la partie postérieure de l'excavation, et à la dysurie produite par la compression exercée sur le col de la vessie, a pu faire croire à une rétroversion. Burns cite plusieurs exemples d'une semblable méprise.

Plus tard, la tumeur s'élève au-dessus du détroit supérieur. Les mouvements de l'enfant apparaissent à l'époque ordinaire; seulement ils semblent plus superficiels, et en général ils sont principalement sentis d'un seul côté.

Au terme naturel de la grossesse, quelquefois au septième mois, quelquefois plus tôt, surviennent des douleurs de l'enfantement: elles durent ordinairement de trois à quatre jours, mais on les a vues se continuer pendant un temps beaucoup plus considérable. Si la grossesse se prolonge, ces douleurs reviennent à des intervalles variés. Dans un cas de Schmidt, où la grossesse dura trois ans, ces douleurs se renouvelèrent huit mois, et se prolongèrent chaque fois pendant plusieurs semaines. Dans une autre grossesse qui dura dix ans, les douleurs revinrent chaque année, à l'époque correspondant au terme de la gestation.

Ces douleurs ne sont pas produites par la contraction des parois du kyste, comme l'ont pensé plusieurs auteurs; car si l'on en excepte les cas de grossesse tubaire et interstitielle, ces parois ne contiennent jamais des fibres musculaires. C'est dans l'utérus qu'il faut en rechercher la cause. Le développement considérable que présente l'organe, les matières muqueuses et albumineuses renfermées dans sa cavité, et dont l'expulsion nécessite quelques contractions, rendent suffisamment compte des douleurs éprouvées par les malades. Seulement il est assez difficile d'expliquer d'une manière satisfaisante la fréquente coïncidence de ces douleurs avec le terme de la gestation.

Quant aux signes physiques, il faut noter: les changements du corps et du col utérin déjà indiqués, le développement plus ou moins irrégulier du ventre, et la possibilité, dans beaucoup de cas, d'y distinguer deux tumeurs formées, l'une par l'utérus, l'autre par le kyste anormal. Dans la grossesse sous-péritonéo-pelvienne, le produit de la conception, occupant l'excavation pelvienne, déplace et comprime toutes les parties qui s'y trouvent placées. On trouve le

vagin et le rectum obstrués par une tumeur qui les écarte, et l'on peut souvent, par le toucher vaginal, sentir les différentes parties du fœtus.

Dans la grossesse abdominale, le fœtus semble beaucoup plus superficiellement placé que dans tous les autres cas; ses mouvements sont plus facilement sentis et plus douloureux pour la mère; les formes des diverses parties sont assez nettement distinguées. Enfin, on ne trouve nullement la tumeur arrondie et régulièrement circonscrite qu'offre l'utérus dans la grossesse normale.

Dans les grossesses tubaire et ovarique, les mouvements du fœtus, dit Baudelocque, doivent être moins vagues, et les membres plus resserrés: le corps de la matrice est adhérent à la tumeur formée par le kyste fœtal, et ne peut en être séparé ni même facilement distingué.

J'ai dû signaler ces signes au moyen desquels les auteurs semblent vouloir distinguer les diverses variétés de grossesse extra-utérine; mais je les crois de peu d'importance en pratique.

Je ne vois pas quelles ressources le diagnostic pourrait trouver dans l'auscultation.

Un trait commun aux divers genres de grossesses extra-utérines, c'est de ne point exclure la possibilité d'une nouvelle fécondation.

Une circonstance qu'il est bon de noter, c'est que le toucher pourra faire connaître l'état de vacuité de l'utérus. Assez souvent il n'aura pas conservé sa position habituelle; poussé par la tumeur, surtout quand celle-ci occupe l'excavation, il sera fortement pressé par elle contre une des parois du bassin. Enfin, lorsqu'on a acquis par les signes ordinaires la certitude qu'il y a grossesse et qu'on soupçonne une grossesse extra-utérine, le diagnostic devient certain si l'on constate sûrement la vacuité de l'utérus, c'est là le point capital. Nous venons de voir qu'on peut arriver à ce résultat par le palper et le toucher; M. le professeur Stoltz est le premier qui ait employé dans le même but la sonde utérine, mais on comprend avec quelle prudence il faut se décider à son emploi; dans le cas, en effet, de grossesse normale, la sonde provoquerait presque à coup sûr l'avortement, et l'erreur serait irréparable. L'usage du cathétérisme utérin est plus rationnel et vraiment utile quand il s'agira de décider s'il y a grossesse extra-utérine ou tumeur fibreuse utérine.

§ III. — Marche et terminaison.

Il est assez rare que la grossesse extra-utérine se prolonge au delà du quatrième ou du cinquième mois; car, le plus souvent, la distension progressive des parois du kyste en détermine la rupture avant que celui-ci ait pris un très-grand développement. Parfois, pourtant, les enveloppes fœtales résistent, et si le fœtus ne succombe pas par défaut de nutrition ou par quelque maladie accidentelle, on le voit se développer jusqu'au terme, et continuer même à vivre quelque temps encore après le neuvième mois révolu. C'est ainsi que le docteur Grossi rapporte l'histoire d'une dame qui, suivant toutes les probabi-

lités, portait un fœtus extra-utérin, dont les mouvements ont été nettement perçus par lui et par plusieurs consultants pendant quatorze mois. Dans la majorité des cas l'enfant succombe, soit avant, soit peu de temps après le terme de la grossesse, et nous aurons à indiquer plus bas les conséquences possibles de sa rétention.

A. *Rupture du kyste.* — Abandonnée à elle-même, la grossesse extra-utérine se termine ordinairement par la rupture du kyste; mais l'époque et les suites de cette rupture sont très-variables. Sous le point de vue de la fréquence de cette rupture et de l'époque peu avancée à laquelle elle s'opère, les gestations extra-utérines peuvent être classées dans l'ordre suivant: grossesses tubo-interstitielles, tubaires, abdominales. Il est assez rare que l'époque de cette rupture dépasse le mi-terme de la grossesse, excepté dans la dernière variété. Le docteur Lescuef insiste avec raison sur la tendance des grossesses tubaires à se rompre à une époque peu avancée de la gestation. Selon le même auteur et M. Bernutz, son maître, si la rupture de la trompe se fait sur un des points recouverts par le péritoine, l'épanchement qui en est la conséquence a lieu dans le péritoine; mais il n'en serait pas toujours ainsi: la trompe pourrait se déchirer au niveau de son bord adhérent, et l'œuf s'insinuer entre les deux feuillets des ligaments larges en donnant ainsi naissance à une véritable grossesse sous-péritonéo-pelvienne consécutive.

La rupture, en général spontanée, donne toujours lieu à des phénomènes excessivement graves, et qu'on peut distinguer en primitifs et en secondaires. La malade éprouve d'abord des douleurs violentes pendant plusieurs heures, puis après une douleur plus forte que toutes les autres survient un calme complet. Le ventre s'affaisse, s'aplatit; la tumeur qui existait auparavant disparaît; une chaleur égale et douce se répand dans la cavité abdominale. Si la grossesse était déjà avancée, la malade ressent comme un corps volumineux qui se serait tout à coup déplacé; la peau se décolore; il survient des faiblesses, le pouls est petit et serré, une sueur froide couvre tout le corps, et la mort survient assez ordinairement, car la rupture du kyste est le plus souvent la cause d'une hémorrhagie rapidement mortelle.

Si une circonstance quelconque arrête l'hémorrhagie, les premiers désordres qui suivent le déplacement du produit de la conception et le passage des eaux, du sang, du fœtus lui-même, au milieu des parties non accoutumées à en supporter le contact, sont ceux d'une péritonite très-violente; la femme succombe le plus souvent, mais quelquefois elle résiste à la violence des premiers symptômes inflammatoires, et, à partir de là, la marche de la maladie est différente, selon que tous ces débris de la grossesse doivent séjourner dans une espèce de kyste de nouvelle formation, durant toute la vie de la malade, ou selon qu'ils doivent être éliminés par diverses voies. Dans le premier cas, le fœtus peut subir toutes les transformations que nous avons décrites en traitant de l'anatomie pathologique; dans le second, les symptômes varient suivant la voie par laquelle se fait cette élimination.

B. *Rétention prolongée du kyste.* — Nous avons déjà exposé les particula-

rités offertes par la grossesse extra-utérine, lorsque l'intégrité des parois du kyste permet au fœtus de se développer jusqu'à terme, et même un peu au delà; nous n'y reviendrons pas. Nous ajouterons pourtant que, dans quelques cas, les troubles généraux produits dans la santé par le développement de ces grossesses anormales ont été assez intenses pour occasionner la mort sans qu'aucune lésion appréciable pût en rendre compte. Ainsi, dans quelques cas, dit M. Jacquemier, on ne trouve à l'autopsie ni rupture du kyste, ni trace d'hémorrhagie, de péritonite, ni travail d'élimination dans le kyste, et les malheureuses semblent avoir succombé à une espèce d'épuisement des forces vitales.

Lorsque le fœtus a cessé de vivre, le kyste cesse de se développer, la circulation se ralentit dans ses parois; les vaisseaux qui établissaient les communications nécessaires à l'entretien de la vie fœtale, s'atrophient peu à peu et finissent même par s'oblitérer, au moins en grande partie; si bien que le fœtus et ses enveloppes ne constituent plus qu'un corps étranger à l'organisme maternel. Dans quelques cas, celui-ci s'habitue assez promptement au voisinage de ce nouvel hôte, et l'on a vu des femmes porter un kyste fœtal pendant un grand nombre d'années sans que leur santé en parût nullement altérée: nous avons indiqué les transformations que peuvent alors subir le fœtus et ses enveloppes. Mais dans quelques circonstances, le poids de la tumeur, la pression qu'elle exerce sur les parties voisines, peuvent gêner les fonctions générales assez gravement pour que la femme sollicite avec instances une opération qui la débarrasse de la cause de ses souffrances.

Qu'elle ait été ou non pour la femme la cause de douleurs vives, la tumeur peut, après un temps très-variable, devenir le siège d'une inflammation qui se propage assez promptement aux parties voisines. Sous l'influence de cette inflammation, dont la marche peut être plus ou moins rapide, celles-ci contractent en un ou plusieurs points des adhérences avec les parois du kyste: les points adhérents, ulcérés peu à peu, finissent par être perforés, et l'on voit s'établir des communications entre l'intérieur du kyste et la cavité d'un des organes voisins, ou avec l'extérieur, si quelques points des parois abdominales avaient été envahis par l'ulcération.

C'est tantôt par la vessie, le rectum, le vagin, l'estomac même; tantôt à travers un abcès ouvert du périnée ou des parois abdominales antérieures, que les débris du fœtus se frayent une voie à l'extérieur. Bien que ces dernières voies soient communes à toutes les grossesses extra-utérines, on conçoit que, dans les grossesses dites *sous-péritonéo-pelviennes*, la situation du fœtus qui, nous l'avons déjà dit, est en général alors profondément engagé dans l'excavation, doit rendre plus commune son expulsion par le vagin ou le rectum.

Le plus souvent c'est seulement un des organes sus-mentionnés qui sert de canal excréteur; mais, dans quelques cas, plusieurs d'entre eux, simultanément envahis par l'inflammation adhésive, s'ulcèrent, se perforent, et l'on voit les parties du fœtus être expulsées à la fois par l'anus, le vagin et à travers une ou plusieurs ouvertures fistuleuses des parois abdominales. Cette expulsion ne

s'opère pas sans exposer gravement les jours de la femme: assez souvent l'inflammation, la suppuration du foyer, qui se propagent aux parties voisines, finissent par épuiser la malade, et celle-ci succombe au bout d'un temps très-variable: dans quelques cas plus heureux, le sac se vide peu à peu, se déterge, revient sur lui-même, la suppuration se tarit, et la plaie finit par se cicatriser, ou du moins par se réduire à un simple ulcère fistuleux.

Dans tous les cas, le prolongement indéfini de la suppuration, et l'épuisement des forces qui en est la conséquence, font vivement désirer la complète expulsion des corps étrangers, expulsion qui peut seule, mettant fin à la suppuration, permettre la guérison des trajets fistuleux. Malheureusement les poils, les dents et les portions osseuses contenues dans le kyste adhèrent très-fortement aux parois du kyste, dans l'épaisseur desquelles elles sont comme incrustées, et ne se détachent qu'avec difficulté; et pourtant il faut bien se garder d'exercer sur ces parties adhérentes des tractions un peu fortes dans le but de les décoller, car ces tractions pourraient causer la déchirure des parois du kyste, et établir entre la cavité du péritoine et le foyer une communication d'où pourrait résulter une péritonite rapidement mortelle. Dilater tous les orifices et les trajets fistuleux, à l'aide de l'éponge préparée, faire dans l'intérieur du kyste quelques injections détersives, saisir avec une pince les portions osseuses *complètement détachées* ou qui viennent se présenter spontanément à l'orifice, tel est le rôle auquel doit se borner le chirurgien; mais dans aucun cas, je le répète, il ne faut chercher à décoller des parties fortement adhérentes.

§ IV. — Causes.

Rien n'est plus obscur que les causes des grossesses extra-utérines. Des faits assez nombreux semblent prouver qu'un mouvement de terreur venant à coïncider avec la fécondation, peut être une raison suffisante pour que l'œuf qui vient d'être fécondé ne puisse plus ultérieurement être transporté dans l'utérus. Malgré l'autorité des noms de ceux qui ont admis cette opinion, elle ne me semble pas admissible, puisque ce n'est pas au moment de l'imprégnation que l'ovule abandonne l'ovaire, mais plusieurs jours après, ou même plusieurs jours avant. M. Dezeimeris cite une observation qui semble démontrer, pour lui, qu'un coup porté sur le bas-ventre, peu de temps après le coït fécondant, peut être la cause de la grossesse extra-utérine. J'aimerais mieux chercher dans une disposition particulière des organes de la mère la cause de cette anomalie: quand, en effet, on considère l'étroitesse du canal tubaire, on conçoit facilement que les déviations, même légères, l'excès ou le défaut de longueur de la trompe, la paralysie, le spasme de ses fibres musculaires, l'engorgement, le boursofflement et les ulcérations de la membrane muqueuse, l'endurcissement de son pavillon, le resserrement de son orifice interne, toutes les altérations, les anomalies, en un mot, qui ont été signalées par les auteurs, puissent y donner lieu. Pour ma part, j'ai eu occasion d'observer deux cas, qui tous deux sont

rapportés dans les *Bulletins de la Société anatomique*, dans lesquels la trompe était oblitérée entre le point où l'œuf s'était développé et l'orifice interne de ce canal (*). Enfin, en se rappelant l'anomalie singulière signalée par M. G. Ri-

(*) L'oblitération de la trompe est un fait assez remarquable dans le cas qui nous occupe, pour que j'aie eu devoir chercher si beaucoup d'observateurs l'avaient mentionnée. La plupart n'ont pas noté l'état d'imperméabilité ou de perméabilité de la trompe. Quelques-uns, au contraire, ont dirigé leur attention sur ce point. Aussi Smellie (t. II, p. 77) cite une observation du docteur Fern, dans laquelle l'oblitération ou au moins un resserrement extrême de la trompe doit être noté.

Dans le mémoire de M. Breschet sur la grossesse interstitielle, j'ai trouvé plusieurs faits où l'oblitération de l'ouverture utérine est aussi signalée. Dans l'observation communiquée à M. Breschet par M. Mayer, où le fœtus s'était développé dans la partie de la trompe qui traverse l'épaisseur des parois utérines, M. Mayer a soin de faire remarquer que la trompe droite, dilatée à sa portion frangée, se rétrécissait dans la portion utérine, et était enfin complètement oblitérée à trois lignes de son insertion à l'utérus. La trompe gauche, dans laquelle l'œuf s'était développé, était perméable jusqu'à la masse morbide; mais à partir de ce point, son canal ne se continuait pas jusqu'à la cavité de l'utérus. Il ajoute qu'il est très-vraisemblable qu'il existait anciennement à l'insertion de la trompe gauche une induration dans la substance de la matrice, laquelle a été cause de l'occlusion de l'orifice de cette trompe, et a mis obstacle au passage de l'ovule.

M. Schmidt rapporte que, dans un état de grossesse interstitielle de six semaines, l'orifice interne de la trompe droite était absolument fermé (c'était dans la portion droite de l'utérus que l'œuf s'était développé).

M. Menière (*Archives*, Juin 1836) rapporte un cas de grossesse interstitielle développée dans la corne gauche, et il dit que la partie interne de la trompe gauche était imperméable.

M. Gaide, dans un cas semblable (*Journal hebdomadaire*, t. I), constata que la trompe droite n'avait point d'orifice utérin.

On trouve dans les *Archives* un autre cas d'hémorragie mortelle produite par une grossesse tubulaire. L'auteur ajoute : « La trompe gauche (c'est la trompe rupturée) formait un sac consistant, membraneux; son extrémité libre embrassait en totalité l'ovaire. Au-dessous de sa dilatation, et du côté de l'utérus, son canal était complètement oblitéré, de sorte qu'il fut impossible de pénétrer par là dans l'utérus. »

Je pourrais citer un plus grand nombre de faits; mais ceux-ci suffisent, je pense, pour bien constater que l'oblitération de la trompe se rencontre quelquefois dans les grossesses extra-utérines.

Lorsqu'en rencontrant une grossesse tubaire on trouve en même temps la trompe oblitérée entre l'œuf et l'utérus, il paraît naturel de penser que si l'ovule a été arrêté dans le trajet qu'il devait parcourir pour se rendre à la matrice, c'est qu'un obstacle mécanique s'est opposé à son passage, et que cette oblitération est la cause de cet arrêt dans la marche de l'ovule. Aussi, pour ces cas au moins, la cause de la grossesse utérine me paraît assez clairement indiquée. Mais depuis quand existait cette oblitération? est-elle antérieure ou postérieure à la conception? D'après les idées généralement admises par les physiologistes, l'oblitération des trompes est une cause infaillible de stérilité, et lorsqu'on la rencontre chez une femme enceinte, il est absurde de supposer qu'elle existait avant la conception: car, elle existant, le fluide séminal trouve fermée la seule voie par laquelle il puisse arriver jusqu'à l'ovule, et celui-ci ne peut être fécondé. Examinons, cependant, jusqu'à quel point cette opinion est la seule admissible.

L'oblitération d'un canal revêtu à l'intérieur par une membrane muqueuse ne peut avoir lieu que par la coagulation d'un liquide sécrété, l'engorgement chronique des parois, ou l'adhérence de ces mêmes parois. Dans l'un et l'autre de ces cas, il faut supposer une inflammation préalable. Or, dans aucun des faits mentionnés, je n'ai vu que pendant les premiers jours qui ont suivi le coït fécondant, les femmes aient offert des phénomènes particuliers. Si l'on suppose cette inflammation à l'état latent, et trop faible pour se faire sentir, il faut admettre alors que ses progrès ont été très-lents, et qu'elle n'aura pu produire l'oblitération des parois, quel que soit le mode de sa forma-

tion (voy. page 56), on peut supposer que l'œuf fécondé, et déjà engagé dans le pavillon terminal de la trompe, puisse, en cheminant vers l'utérus, s'échapper par une de ces ouvertures accidentelles, et tomber dans la cavité abdominale.

tion, qu'au bout d'un temps plus ou moins long: or, c'est au plus tard vers le dixième jour que l'ovule arrive dans la matrice. Il faut que ce soit dans ce court espace de temps que l'inflammation, puis l'oblitération, aient eu lieu. En admettant même cette hypothèse, il faut bien assigner une cause à cette plegmasie de la trompe, et les partisans de l'opinion que nous attaquons n'ont pas hésité à dire qu'elle était produite par l'irritation et la congestion sanguine dont tout l'appareil génital est le siège à cette époque, par un état de spasme des parois de la trompe, enfin par l'arrivée de l'ovule lui-même. A cette explication tout à fait hypothétique je ne répondrai que par un fait: c'est que dans quelques-unes des observations consignées dans le mémoire de M. Breschet et dans quelques autres, ce n'est pas seulement la trompe, siège de la grossesse, qu'on a trouvée oblitérée, mais encore celle du côté opposé. Pour ces cas, au moins, on ne peut donc pas admettre que le spasme des parois ou l'irritation produite par le passage de l'ovule soient la cause de l'oblitération; il faut donc croire qu'elle existait auparavant.

De tout ceci découle naturellement cette conséquence, c'est que, contrairement à l'opinion généralement admise, il n'est pas nécessaire que le sperme passe successivement par la matrice et la trompe pour arriver jusqu'à l'ovule et le féconder. Cette conclusion permet d'adopter certains faits qui sont réprochés comme inexacts; avec elle, nous pouvons expliquer comment, chez certaines femmes en travail, on a pu rencontrer l'occlusion complète du museau de tanche; comment, chez d'autres, la fécondation a pu avoir lieu, quoiqu'il n'y ait eu qu'une introduction fort incomplète du membre viril, les preuves physiques de la virginité persistant encore au moment de l'accouchement.

Mais comment alors expliquer la conception? Sans adopter la théorie de l'*aura seminalis*, Chaussier, madame Boivin, M. Dugès, ont pensé qu'il suffisait que le sperme fût déposé à l'entrée du vagin pour que, par l'absorption, il fût entraîné dans le torrent circulatoire et ramené par lui à l'ovaire, où la fécondation s'opérait. Cette hypothèse, qui rend compte de toutes les anomalies, n'est basée, il faut bien le dire, sur aucun fait d'anatomie ni sur aucune expérience directe, et, de plus, se trouve en contradiction avec les recherches des ovologistes modernes; aussi ne m'y arrêterai-je pas plus longtemps.

L'anatomie comparée pourrait peut-être jeter quelque jour sur la question qui nous occupe. Chez certains mammifères, tels que la truie, la vache, etc., la trompe n'est pas le seul canal qui établisse un passage au sperme. M. Gartner (de Copenhague) avait annoncé que chez ces animaux il existait un canal particulier qui, des parties externes de la génération, se portait jusque dans l'épaisseur des ligaments larges. En 1826, il vint à Paris, et, conjointement avec M. de Blainville, il fit de nouvelles recherches, dont le naturaliste français a consigné les résultats dans les *Bulletins de la Société philomatique*, 1826, t. IX, p. 109.

Si l'on examine attentivement un vagin de jeune truie, on peut découvrir, dit M. de Blainville, un conduit particulier, qui, ayant son orifice extérieur de chaque côté du méat urinaire, se continue dans l'épaisseur des fibres musculaires du vagin, se rétrécit au niveau du col utérin, mais ne se continue pas moins dans l'épaisseur des fibres de la matrice. Ce canal suit le corps de l'utérus, l'abandonne ensuite, et se porte parallèlement à la corne correspondante, dans l'épaisseur du ligament large, à peu près jusqu'à l'origine de la trompe, où il se perd en paraissant s'épanouir, ou se subdiviser en deux ou trois filaments qu'il devient fort difficile de distinguer des vaisseaux, et surtout du tissu propre du ligament large.

M. de Blainville a, dit-il, vainement cherché de pareils canaux chez les femmes; il n'en a point rencontré. L'analogie rend probable cependant leur existence dans l'espèce humaine; et cette probabilité acquiert de nouvelles forces quand on rapproche ce fait de celui que M. Baudelocque a présenté à l'Académie de médecine (*Arch. de méd.*, 1826) comme une anomalie unique dans la science, quoique, chose assez singulière, Dulaurens, au rapport de Mauriceau (*Traité des maladies des femmes grosses*, t. I, p. 12), eût remarqué plusieurs fois que la trompe, arrivée à la corne de la matrice, se séparait en deux conduits, dont l'un, plus gros et plus court, s'insérait dans le fond de la ma-

§ V. — Traitement.

Il est évident que dans les premiers mois de la grossesse, lors même qu'on aurait été assez heureux pour acquérir la certitude que l'œuf s'est développé ailleurs que dans l'utérus, il n'y aurait aucune opération à tenter. A mon avis, cependant, dans ce cas on devrait avoir recours aux saignées abondantes, pratiquées dans le double but de provoquer la mort du fœtus, et de prévenir peut-être aussi une congestion, un afflux trop considérable de sang vers le point où l'œuf s'est développé. Il me paraît évident, en effet, que non-seulement la faiblesse toujours croissante des parois du kyste, mais encore les congestions locales si ordinaires pendant la grossesse, contribuent à en rendre plus fréquentes les ruptures. Les saignées pratiquées dans les limites indiquées par la santé générale de la malade seraient donc ici réclamées, d'autant plus qu'on n'aurait pas à craindre leur influence fâcheuse sur la vie du fœtus, sa mort étant ce qui pourrait arriver de plus heureux : peut-être ce dernier résultat pourrait-il être obtenu à l'aide de secousses électriques dirigées sur les parois du kyste. Si l'on ne peut mettre obstacle au développement incessant du fœtus,

trice, et l'autre, plus étroit et plus long, allait se terminer au col près de son orifice interne.

De Graaf (*Opera omnia*, p. 212) croit avoir rencontré chez la femme des canaux semblables à ceux décrits par M. Gaertner (de Copenhague) chez certains mammifères. Enfin, madame Boivin dit avoir vu des faits analogues au canal bifurqué de M. Baude-locque.

Pour ces cas, au moins, il est permis de supposer que la conception peut avoir lieu lors même que l'orifice interne de la trompe serait complètement oblitéré. Or, si, comme le disent Mauriceau et Dulaurens, dont les auteurs modernes paraissent avoir oublié les recherches, de pareilles anomalies se rencontraient assez souvent à une époque où les dissections étaient beaucoup plus rares, il faut en conclure que si les auteurs de cette époque ont méconnu cette disposition, c'est qu'ils n'ont pas dirigé leurs recherches dans ce but.

Je terminerai ces réflexions en rappelant un fait que M. Baynaud a consigné dans le tome II du *Journal hebdomadaire*, année 1829.

Une jeune fille de vingt et un ans succomba, à la Charité, à la suite d'une carie vertébrale. A l'autopsie, on trouva que l'utérus offrait le volume de celui d'une femme enceinte d'environ six semaines. Sa cavité agrandie était occupée par une fausse membrane de même forme, et dans laquelle n'existait aucune ouverture. Les adhérences avec les parois pouvaient être facilement rompues ; elle renfermait 3 ou 4 onces de liquide jaunâtre. Il n'existait aucune trace de l'orifice intérieur des trompes. A leur extrémité libre elles étaient également oblitérées. Les ovaires avaient plus d'un pouce dans le sens de leur longueur. Leur surface présentait les traces de plusieurs cicatrices. Tous deux contenaient dans leur intérieur un corps arrondi, d'un rouge brunâtre (véritable corps jaune), et dans plusieurs endroits existaient de petites poches fibreuses, à parois froncées et revenues sur elles-mêmes. Plusieurs petits corps ovoïdes de la grosseur d'un grain de chènevis, ayant de la ressemblance avec des ovules, existaient le long du trajet des trompes et dans l'épaisseur du ligament large.

Cette observation nous offre ceci de remarquable : c'est que, malgré une oblitération complète des trompes, on a trouvé les organes de la génération dans un état semblable à celui que l'on observe lorsqu'un commencement de travail générateur a eu lieu. Je n'en tirerai cependant aucune conclusion directe, mais je ne peux m'empêcher de vous faire remarquer combien il confirme les idées développées dans ce rapport. (Rapport de M. Cazeaux, extrait des *Bulletins de la Société anatomique*.)

il est évident qu'il faut proscrire à cette époque toute opération qui aurait pour but d'extraire l'enfant du sein de sa mère, opération qui serait au moins aussi grave que l'accident que l'on redoute. Dans les premiers mois, lors même que la rupture spontanée du kyste ferait craindre une hémorrhagie mortelle, il n'y a rien à faire qu'à employer les moyens généraux propres à prévenir l'abondance de l'épanchement : repos, réfrigérants, etc.

Si la grossesse extra-utérine bien constatée est arrivée à une époque voisine du terme, et qu'il y ait un commencement de travail, la déchirure du kyste est encore à craindre par suite des efforts d'expulsion. Faut-il, comme on l'a déjà fait avec succès, pratiquer la gastrotomie ? Sans doute, si l'on n'envisage que l'intérêt de l'enfant, la question est résolue bien facilement. Mais la vie de la mère n'est-elle pas presque certainement compromise par cette opération. Puis comment y décider la malade à une époque convenable, lorsqu'elle ne se doute pas du danger qu'elle court en la refusant ? Comment s'y décider soi-même lorsqu'on en prévoit les conséquences possibles, quand l'observation a appris toute la difficulté que présente alors la délivrance, et quand on réfléchit à la nécessité où l'on se trouve de laisser dans l'abdomen ouvert un vaste kyste, dont l'inflammation, la suppuration, si longue, si difficile à tarir, compromettront à elles seules la vie de la malade ? Dans ce cas même, qui doute que si l'on avait un moyen propre à suspendre ce travail commencé, l'humanité ferait un devoir de l'employer ? dit M. Dezeimeris ; et je partage complètement cette opinion. Or, parmi les moyens propres à enrayer les contractions utérines ordinaires, je n'en connais pas de plus héroïques que l'opium à haute dose donné en lavement, et certes je n'hésiterais pas à l'employer en pareille circonstance.

Si, malgré son emploi, le travail continuait, on serait autorisé à pratiquer la gastrotomie. C'est ordinairement à travers la paroi abdominale qu'on pratique l'incision du kyste, et le lieu d'élection est le même que dans l'opération césarienne ordinaire ; mais lorsque, pendant les efforts d'expulsion de la femme, on sent la tête par le vagin, il y a certainement moins de danger à pratiquer une incision à travers la paroi vaginale. La version ou l'application du forceps terminerait, au besoin, l'extraction de l'enfant. Dans deux cas, dont l'un est attribué à Lauerjat, la femme et l'enfant furent sauvés par une semblable opération ; dans trois autres cas, rappelés par Burns, l'enfant fut extrait vivant, mais la mère mourut.

Si enfin la prolongation du travail avait produit la rupture du kyste, il est bien douteux que la gastrotomie puisse être suivie de succès. On s'occuperait d'abord de modérer l'abondance de l'hémorrhagie, et, ces premiers dangers écartés, l'art devrait employer tous les moyens propres à prévenir et à combattre les accidents inflammatoires consécutifs.

Mais les phénomènes primitifs une fois calmés, qu'il y ait eu ou non rupture du kyste, il est évident que l'art peut intervenir pour prévenir les accidents consécutifs que nous avons énumérés, et qui compromettent si gravement la santé et même la vie de la femme. Après la cessation des accidents inflamma-

toires, il faut encore attendre, et, surtout après la rupture du kyste, ne pas se hâter d'agir. Dans ce cas, en effet, le temps nécessaire à la formation du kyste nouveau qui enveloppe les parties déplacées est assez long; les adhérences qui l'unissent aux parties voisines demandent un certain temps pour se former, et il y aurait grande témérité à troubler ce travail salutaire par une opération inopportune.

Les ressources que l'art présente dans les grossesses extra-utérines anciennes varient suivant les cas. Quelquefois, en effet, un travail éliminatoire est déjà commencé, l'inflammation s'est emparée des téguments placés au devant de la tumeur; l'abcès s'est formé, il ne s'agit que de l'ouvrir ou d'agrandir par des débridements convenables les ouvertures qui se sont faites spontanément. C'est ensuite un vaste abcès qu'il faut vider et modifier par tous les moyens convenables.

Si les parties du fœtus étaient arrivées dans la vessie, et que le cathétérisme en eût donné la certitude, on aurait à pratiquer la taille, soit par l'hypogastre, soit par le vagin.

Enfin, une femme se présente portant depuis une ou plusieurs années un fœtus extra-utérin. L'art peut-il quelque chose pour elle? Si cette grossesse est pour la femme une cause de vives souffrances, et qu'elle la mette dans l'impossibilité de suffire à ses besoins, si surtout la tumeur peut être facilement attaquée par le vagin, nul doute qu'il ne faille pratiquer l'incision vaginale. Mais si la femme est du reste assez bien portante, est-il prudent d'intervenir dans le but de prévenir les accidents auxquels probablement plus tard cette femme sera exposée? Peut-on espérer, par une opération prudente et méthodique, extraire le fœtus en masse? Cette dernière question est plus difficile à résoudre. Dans un cas de cette espèce, où la tête du fœtus, comme enclavée au détroit supérieur, était parfaitement sentie à travers la paroi postérieure et supérieure du vagin, j'ai vu le professeur P. Dubois se décider, malgré une assez vive opposition de plusieurs consultants, à inciser largement la paroi vaginale, ainsi que les parois du kyste, se proposant d'appliquer le forceps sur la tête, et de l'extraire en totalité. Les parois du kyste et du vagin étant incisées, on crut s'apercevoir qu'il existait une adhérence intime entre les parois du kyste et la tête fœtale, et l'on fut obligé de renoncer à continuer l'opération. Elle ne fut pas cependant sans résultat, car elle fut suivie, au bout de quelques jours, d'une fonte putride de toutes les parties molles du fœtus; les os du squelette détachés furent peu à peu extraits à l'aide de longues pinces et d'injections souvent répétées; les parois du kyste revinrent peu à peu sur elles-mêmes; quand il n'y eut plus rien dans la cavité, les parois se détergèrent, l'ouverture se ferma, et deux mois après la malade fut complètement guérie. Au moment de l'opération, la malade était enceinte de vingt-deux mois.

Cette conduite devrait être imitée dans un cas semblable, surtout si la santé de la femme était visiblement altérée.

L'incision par le rectum a été pratiquée dans quelques cas où la vulve était oblitérée.

Enfin, si le fœtus, situé très-haut dans l'abdomen, était inaccessible par le vagin ou le rectum, la gastrotomie serait seule praticable; mais l'opération doit alors être considérée comme une ressource extrême à laquelle on ne doit recourir que lorsque la vie de la malade est sérieusement menacée.

CINQUIÈME PARTIE

DE LA DYSTOCIE, OU DES ACCOUCHEMENTS CONTRE NATURE OU LABORIEUX

Bien que l'accouchement soit une fonction naturelle, et que le plus souvent les ressources de l'organisme suffisent à son accomplissement, il est une foule de circonstances qui peuvent troubler l'œuvre de la nature, la rendre difficile, dangereuse, ou même complètement impossible. C'est à l'exposition de ces difficultés, de ces dangers, et plus particulièrement à l'indication des moyens de les prévenir ou d'y remédier, qu'est consacrée la cinquième partie de ce livre où nous exposerons les difficultés et les accidents qui peuvent compliquer l'accouchement et nécessiter l'intervention de l'art.

Les causes qui rendent l'accouchement difficile, impossible ou dangereux, et qui dès lors nécessitent l'intervention plus ou moins active de l'accoucheur, sont nombreuses et variées, et sont loin d'avoir toujours le même mode d'action. Les unes, en effet, n'agissent qu'en affaiblissant ou en exagérant les forces nécessaires à l'expulsion du fœtus; les autres constituent un obstacle à cette expulsion, en donnant lieu à une disproportion entre les dimensions du canal pelvien et le volume du corps qui doit le traverser, et rendent ainsi inutiles les contractions les plus énergiques. Enfin, dans les conditions en apparence les plus heureuses, on peut voir tout à coup se manifester une foule d'accidents qui, par leur gravité, peuvent compromettre les jours de la mère et de l'enfant.

Sous le rapport des causes qui peuvent ainsi troubler l'œuvre de la nature, on peut donc distinguer dans l'accouchement laborieux trois groupes différents: 1° accouchements rendus difficiles, impossibles ou dangereux, par l'insuffisance ou l'excès d'énergie des forces expulsives; 2° accouchements rendus difficiles, impossibles ou dangereux, par des obstacles qui s'opposent à l'expulsion du fœtus; 3° enfin, accouchements compliqués d'accidents assez graves pour compromettre la vie ou la santé de la mère et de l'enfant.

On réserve plus particulièrement le nom d'*accident* de l'accouchement à tout phénomène morbide capable d'amener rapidement la mort de la mère ou de l'enfant. Ces accidents, en réservant à ce mot le sens restreint que nous venons