

avec une grossesse. L'utérus est ordinairement dévié en avant et reporté en haut. Trois fois seulement le *frémissement hydatique* a été noté (Davaine, Guéniot, Tillaux). Il est vrai qu'il a été rarement recherché, le diagnostic n'ayant presque jamais été fait avant l'opération. Parfois on a signalé l'issue de vésicules hydatiques par l'utérus et le rectum.

La *durée* de ces kystes est longue et peut se prolonger pendant quinze, vingt ans. Abandonnés à eux-mêmes, ils exposent à la suppuration, à la rupture, à la cachexie.

La guérison spontanée n'a été notée que deux fois, par Freund. Leur *pronostic* est donc réservé : il s'aggrave encore des adhérences constantes qui compliquent l'opération et, au point de vue obstétrical, s'ils ne compromettent pas toujours la grossesse, ils sont une cause de dystocie redoutable. Sur 22 cas relevés par Porak, l'accouchement n'a pu se terminer spontanément, mais difficilement, que 8 fois, et les opérations obstétricales nécessitées par la présence du kyste ont entraîné la mort six fois.

Traitement. — La *ponction* n'est justifiée qu'au moment de l'accouchement et pour faciliter celui-ci. Elle expose à la suppuration ou à la récurrence. Le même reproche peut être adressé à l'*incision*, qui ne permet pas d'enlever la poche. Bouilly a eu recours à l'*hystérectomie vaginale* dans le cas d'un kyste situé très bas, dans le septum recto-utérin. Mais la *laparotomie* est l'opération de choix. Si on ne peut enlever en totalité la poche trop adhérente, on en fera la marsupialisation, en évitant l'issue des vésicules dans la cavité abdominale. Schröder s'est même contenté une fois de réséquer la poche au ras des adhérences et d'en faire un nettoyage complet, puis il a refermé complètement la cavité abdominale.

VII. — GROSSESSE ECTOPIQUE.

La grossesse ectopique est caractérisée par l'arrêt et le développement de l'ovule fécondé en un point situé entre le follicule de Graaf et la cavité utérine. Comme la nidation anormale de l'ovule peut se faire aussi dans une corne utérine rudimentaire, le terme de grossesse *ectopique*, adopté par Barnes, comprend, mieux que celui de grossesse *extra-utérine*, la généralité des cas.

Étiologie et pathogénie. — La *fréquence* de cette anomalie est encore difficile à apprécier exactement : les statistiques récentes sont assurément plus chargées que celles d'autrefois, puisqu'elles englobent la presque totalité des hématosalpinx et des hématoécèles. Toth (1) en a relevé 31 cas sur un total de 1700 affections gynécologiques. Küstner (2), à lui seul, a opéré 107 malades de 1893 à 1898

(1) TOTH, *Arch. für Gynæk.*, Band XLI, 1896.

(2) KÜSTNER, *Sammlung klin. Vorträge*, 1899, nos 244, 245.

à Breslau. Il est certain que le nombre des cas publiés augmente de jour en jour parallèlement aux progrès du diagnostic abdominal.

L'*étiologie* s'en résume dans un obstacle à la migration régulière de l'ovule : soit que cet obstacle siège dans la cavité de la trompe, soit qu'il résulte de modifications inflammatoires ou congénitales de ses parois ou d'un étranglement de sa lumière par une compression extérieure. Wyder a incriminé, dans un cas, un polype intratubaire; W. A. Freund, l'atrésie et les coutures de la trompe arrêtée dans son développement; Landau et Rheinlein, des diverticules de la paroi, assez fréquents pour expliquer un bon nombre de grossesses tubaires; Williams a démontré l'influence de cette cause 4 fois sur 30 cas. Kosmann et d'autres l'attribuent à l'existence de pavillons accessoires qui permettent l'issue rétrograde de l'ovule, etc.

Les *lésions inflammatoires* de la muqueuse tubaire ne semblent pas favoriser la production de la grossesse ectopique (Bouilly), malgré l'opinion contraire de L. Tait, d'Orthmann, et même de Küstner. Ce dernier conclut, de ses expériences personnelles et de celles de Mandl et Schmidt, qu'il faut autre chose que les obstacles mécaniques, que la muqueuse tubaire saine est impropre à fournir les conditions nécessaires à l'évolution de la grossesse tubaire et qu'il faut un état inflammatoire. Martin, et plus récemment Paquy (1), Williams (2) ont montré que, dans la grossesse tubaire, les cils persistent souvent et l'épithélium reste intact en dehors de l'aire de nidation. Si les antécédents révèlent un passé génital (20 fois sur 50) et si la lésion s'observe plus fréquemment chez des multipares (33 contre 7 nullipares, Bouilly) (3), il faut faire intervenir plutôt la suppression du péristaltisme tubaire, l'atrésie, et surtout les lésions de périsalpingite qui dévient la trompe ou l'étranglent dans une bride (Dolérus). Ces deux ordres de lésions peuvent d'ailleurs associer leur influence pathogénique. Le spermatozoïde peut, en pareil cas, traverser la trompe restée perméable pour aller féconder un ovule du côté opposé (Kelly); ou bien, l'ovule fait une migration rétrograde de la trompe saine à la trompe atrésiée. Coe a opéré une grossesse tubaire correspondant à cette pathogénie, et Williams a interprété dans le même sens 5 cas sur 30 opérés par Kelly. Knauer (4) a d'ailleurs démontré expérimentalement la migration de l'ovule à distance et observé la grossesse après des transplantations d'ovaires ou après l'ablation de l'ovaire d'un côté et de la trompe de l'autre.

De la même manière que la péritonite, par compression périphérique ou déviation, agissent les tumeurs pelviennes, les fibromes en particulier (Léopold). Enfin, citons comme curiosité pathogénique

(1) PAQUY, thèse de Paris, 1897.

(2) HOWARD A. KELLY, *Operative Gynecology*, vol. II, p. 432.

(3) BOUILLY, *La gynécologie*, 1898.

(4) KNAUER, *Ann. de gynéc. et d'obst.*, 1897.

la possibilité d'une fécondation anormale par la cicatrice mal soudée d'une incision césarienne (Lechryse) ou par une fistule consécutive à l'hystérectomie vaginale (Kœberlé, Windeler).

Quoi qu'il en soit, le mécanisme initial de la fixation ectopique de l'ovule est encore obscur. Küstner attribue un certain rôle à l'ovaire : les ovaires malades donnent naissance à des ovules imparfaits qui ont de la tendance à se fixer dans la trompe. Pour Selenka (1), l'œuf se greffe dans l'utérus, grâce à une certaine viscosité dont il est doué au moment où il y arrive; mais, lors de la ponte, il est entouré d'un manteau de cellules qui fondent graduellement pendant la migration intratubaire. Que ce revêtement cellulaire vienne à manquer dès le début, la viscosité se manifeste et il se fixera prématurément dans la trompe. Webster, Tainturier (2) admettent la nécessité d'un état congestif, d'une hypervascularisation de la muqueuse qui serait réalisée par l'état inflammatoire.

Anatomie pathologique. — Le siège *primitif* de la grossesse ectopique est *tubaire* dans l'immense majorité des cas, si bien que pour un certain nombre d'auteurs, grossesse extra-utérine signifie grossesse tubaire. Il y a cependant des cas indiscutables de *grossesse ovarique* primitive et on doit admettre, théoriquement au moins, la *grossesse abdominale*. Quant au développement de l'œuf dans une *corne utérine* rudimentaire, il se rattache naturellement à l'étude de la grossesse ectopique.

Secondairement, le kyste fœtal peut devenir *tubo-ovarique*, *tubo-abdominal*, *abdominal*, *intra-ligamentaire* et même *intra-utérin*. Parry, en dehors de 230 cas de siège incertain, a noté, sur 500 cas, que la grossesse était tubaire 214 fois, ovarique 27, et abdominale 29. Schrenck établit, pour 100, la proportion suivante : tubaire 83,5, abdominale 8,2, ovarique 4,6, dans une corne utérine 3,6.

I. Grossesse tubaire. — Martin la localise plus souvent à droite et Munde à gauche; en réalité, elle ne semble pas avoir plus de prédilection pour un côté que pour l'autre. Elle est parfois bilatérale [Cestan (3), 6 cas; Blanc, etc.] ou coexiste avec un hydrosalpinx. Ajoutons qu'elle peut *récidiver* dans la même trompe (Taylor) ou dans la trompe opposée (Olshausen, Hermann, Schauta, etc.); qu'elle peut compliquer une grossesse utérine et que, dans ce cas, le diagnostic a pu en être fait plusieurs fois (Spencer Wells, Pinard). Enfin, on a trouvé parfois deux œufs dans la même trompe (Haydon, Fenger, Stricker, Coe, Brodier), et Sängner trois, dont un gémeux.

L'ovule fécondé peut se greffer en un point quelconque de la trompe; dans sa partie moyenne : *grossesse tubaire proprement*

(1) SELENKA, cité par KÜSTNER.

(2) TAINURIER, thèse de Paris, 1895.

(3) CESTAN, thèse de Paris, 1894.

dite; dans sa partie interne : *tubo-utérine*, *interstitielle* ou *isthmique*; dans sa partie externe : *tubo-abdominale* ou *ampullaire*. Martin, dans 67 cas personnels, classifie ainsi le siège de l'œuf : ampullaire 48 fois, isthmique 8, interstitiel 1, intraligamentaire 7, tubo-ovarique 6, tubo-abdominal 3; des 4 autres cas, l'un était ovarique, les 3 autres indéterminés.

a. **Grossesse tubaire proprement dite.** — La tumeur, dont le volume varie avec l'âge de la grossesse, occupe le siège de la trompe normale ou déviée. Reliée à l'utérus par un pédicule formé par la portion interne de l'oviducte et une partie du mésosalpinx, elle affecte les mêmes rapports que l'hydrosalpinx. L'utérus en est séparé par un sillon net, l'ovaire est intact, le ligament large n'est pas dédoublé et le ligament rond s'étend sur sa partie médiane. Le pédicule peut se tordre comme dans toute tumeur pelvienne (Martin). Il n'est pas rare de la voir se développer dans le cul-de-sac de Douglas, où la trompe est si souvent déviée ou fixée. Ses parois s'hypertrophient pendant les deux premiers mois, puis s'amincissent. L'évolution intraligamentaire, dont Schauta a cité un bel exemple, est beaucoup plus rare. Kelly ne l'a observée que 2 fois sur 33 cas opérés par lui et Küstner ne l'a jamais rencontrée. Il croit, comme Kelly, que les adhérences intimes de la trompe gravide avec le feuillet postérieur du mésométrium ont pu faire prendre, dans bien des cas, même à la dissection et au microscope, une grossesse pseudo-intraligamentaire pour un développement réel entre les feuillets du ligament large. Quoi qu'il en soit, le kyste fœtal comporte les mêmes conséquences que toute autre tumeur de même siège. Le ligament est dissocié, le péritoine pariétal plus ou moins soulevé, l'ovaire étalé, mais non dissocié comme dans la grossesse ovarique, l'utérus immobilisé et refoulé dans une certaine mesure. Le ligament rond s'étend de la corne utérine sur la face antérieure de la tumeur et celle-ci fait saillie dans le cul-de-sac vaginal correspondant. On trouve au microscope une assez large proportion de fibres lisses dans les parois du sac.

b. **Grossesse interstitielle ou tubo-utérine.** — Ici le kyste fait corps avec l'utérus : l'œuf empiète même plus ou moins dans la cavité utérine. A la partie externe de la tumeur qui est sessile, se voit le ligament rond et la partie libre de la trompe. L'utérus est plus volumineux que dans les autres variétés. L'orifice tubo-utérin est oblitéré ou plus ou moins large. Parfois l'œuf s'échappe dans la cavité utérine et on peut observer soit une grossesse utérine secondaire évoluant normalement, soit un avortement avec tous les caractères de l'avortement utérin; enfin le fœtus seul peut s'échapper, alors que le placenta reste dans la corne (Martin, Léopold).

c. **Grossesse tubo-abdominale.** — Dans cette forme, l'œuf se greffe dans la partie externe de la trompe, soit dans le pavillon,

soit sur la frange ovarique, et se développe en partie dans la trompe, en partie dans la cavité abdominale. Il s'enveloppe d'une épaisse capsule secondaire de fausses membranes, doublée par les organes voisins; ligament large, épiploon, intestin, vessie.

La sous-variété *tubo-ovarique* succède à celle-ci lors de participation de l'ovaire à la constitution de ce sac ou résulte de la greffe d'un ovule dans un kyste tubo-ovarique préexistant (Vuilliet, Schaeffer, Rosthorn, Litsotzky, Pozzi).

II. Grossesse ovarique. — Bien que contestée par quelques auteurs, tels que L. Tait, Webster, l'existence de la grossesse ovarique primitive est bien prouvée, non seulement par les recherches de Puech et de Constheim, mais par des observations multiples et suivies d'examens dont la précision ne laisse place à aucun doute. A ce point de vue, on peut citer celle de Catharine van Tussenbroek (1), qui est aussi satisfaisante que possible, celles de Patenko, Mouratoff (2), Säger, Mackenrodt, Larsen, Chrobak, etc.

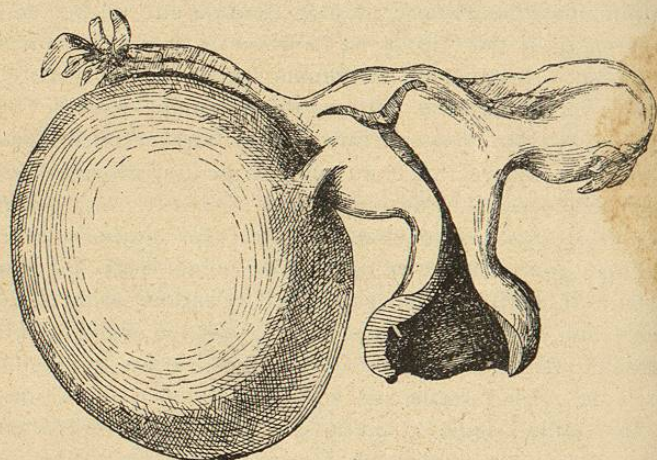


Fig. 246. — Grossesse ovarique interne.

Grossesse ovarique signifie grossesse dans un follicule de de Graaf. On en distingue deux sous-variétés : a) *ovarique externe* ou *ovaro-abdominale*, dans laquelle, le follicule restant ouvert, l'œuf se développe dans la cavité péritonéale; b) *ovarique interne* ou *ovarique proprement dite* (fig. 246), lorsque la déchirure du follicule, se refermant, emprisonne l'œuf qui, dès lors, se développe comme un kyste.

En réalité, il est difficile de les différencier l'une de l'autre, les adhérences voisines leur donnant une physionomie commune. Les caractères anatomiques distinctifs de la grossesse ovarique sont les

(1) CATHARINE VAN TUSSENBROEK, *Ann. de gynéc. et d'obst.*, déc. 1899.

(2) MOURATOFF, *Ann. de gynéc. et d'obst.*, février 1890.

suivants : La tumeur est pédiculée et rattachée à l'utérus par le ligament utéro-ovarien; la trompe est intacte et sans connexion organique avec le sac (Werth, Spiegelberg). L'ovaire n'existe plus à l'état d'organe reconnaissable; il est étalé, dissocié, et on retrouve des follicules disséminés dans les parois du sac; le placenta s'insère sur le tissu ovarien (Huneken, Zmigrodsky); l'albuginée est en continuité avec la paroi kystique (Mouratoff).

III. Grossesse abdominale. — Elle résulte de la greffe, primitive ou secondaire, de l'ovule fécondé sur un point de la séreuse abdominale.

La forme *primitive* est niée par Werth et d'autres qui pensent que la grossesse abdominale est toujours secondaire à la rupture d'une grossesse tubaire ou ovarique ou à l'avortement tubaire, avec survie de l'œuf. Zweifel admet que l'ovule peut se greffer d'abord sur une frange du pavillon et se développer dans la cavité abdominale sans intéresser la trompe. Zmigrodsky indique comme caractéristiques de la forme primitive, qu'il admet fort bien, l'intégrité de la trompe et l'absence de toute connexion du placenta avec elle. Quoi qu'il en soit, la forme primitive nous semble contestable; la forme secondaire est certainement la plus fréquente et résulte souvent d'un avortement tubaire précoce. Dans tous les cas, la caduque fait défaut; les tissus en contact avec l'œuf s'hypervascularisent et les villosités choriales s'abouchent avec les vaisseaux viscéraux. Exceptionnellement, le développement de l'œuf se fait sans déterminer de phénomènes inflammatoires; mais, le plus souvent, la réaction péritonéale est au contraire intense. Elle se traduit par la formation d'une épaisse coque de fausses membranes à laquelle adhèrent les organes voisins et qui forme à l'œuf une enveloppe résistante; aussi la rupture du sac est-elle moins fréquente dans cette forme que dans les autres et la grossesse peut arriver à terme. Quant au placenta, étalé en surface, il acquiert parfois des dimensions considérables.

IV. Grossesse dans une corne rudimentaire. — L'anomalie caractérisée par l'existence d'une corne rudimentaire de l'utérus est due à un défaut de soudure des conduits de Müller. Le diverticule qui en résulte est généralement relié au col par un pédicule de 3 à 7 centimètres de longueur et peut loger l'ovule fécondé. Cette variété de grossesse ectopique s'observe surtout entre vingt et trente ans et souvent après une ou plusieurs grossesses ayant évolué normalement dans la partie plus développée de l'utérus. Kleinwachter (1) en avait réuni quarante-deux cas en 1894; depuis cette époque, un certain nombre d'observations nouvelles en ont été publiées et M. Beckmann (2) en a fait une étude très documentée. On la reconnaît aux

(1) KLEINWACHTER, *Encycl. Jahrbücher von Eulenburg*, 1895.

(2) BECKMANN, *Zeitschr. für Geb. und Gynæk.*, Band XXXV.

caractères suivants : Le corps utérin forme avec la tumeur un angle de 40 à 60 degrés; il est élargi et contient une caduque bien développée qui est expulsée tôt ou tard. Le kyste fœtal lui est relié par un *pédicule* constant, dont le volume est proportionnel au développement de la corne utérine (Beckmann) et qui s'insère, plus bas que la trompe, près du col. La trompe elle-même est intacte et de longueur normale; enfin le ligament rond passe en dedans du kyste fœtal et non en dehors, comme dans la variété tubaire (fig. 247).

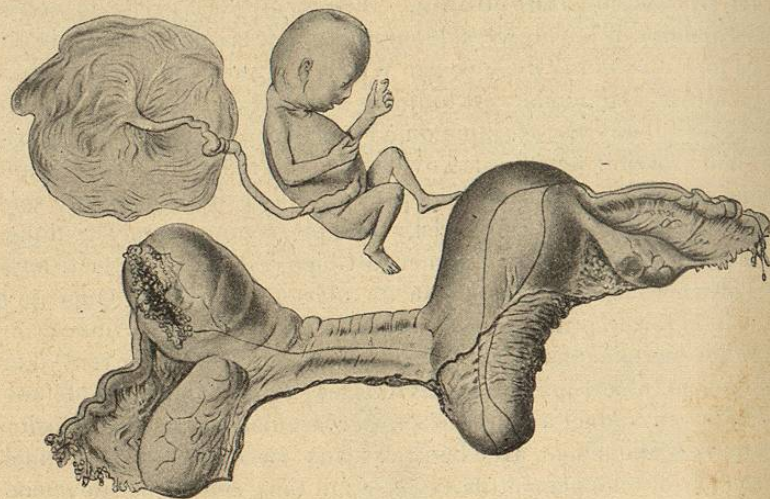


Fig. 247. — Grossesse dans une corne utérine rudimentaire, rupture (d'après Howard A. Kelly).

Les modifications de l'organisme maternel intéressent surtout l'utérus; elles portent sur son volume et sa structure et sont d'autant plus accentuées que le kyste fœtal se développe plus près de lui. Il s'hypertrophie en tous sens, en longueur surtout; le col lui-même devient plus gros, mais ne subit pas le ramollissement caractéristique de la grossesse normale. La muqueuse se tuméfie, se plisse et se transforme en caduque (Kölliker) qui, plus tard, s'élimine en bloc ou en parcelles désagrégées ou s'atrophie graduellement (Dmitri de Ott). Léopold, Ercolani, Pilliet (1) surtout, ont bien étudié ces transformations. Quant au retentissement général sur l'organisme, au gonflement des seins, au ramollissement et à la coloration spéciale du vagin, ils sont ordinairement moins accentués que dans la grossesse utérine.

Évolution anatomique. — Dans les variétés tubaires de la grossesse ectopique, la muqueuse de la trompe subit, au niveau du point d'implantation de l'ovule, des modifications profondes qui la transforment en caduque. Abel, Orthmann, Wyder, Zedel, Frommel,

(1) PILLIET, *Ann. de gynéc. et d'obst.*, octobre 1895, et *Soc. anat.*, 1891 et 1894.

Winckel admettent les trois parties de la caduque : vraie, réfléchie et sérotine, et Couvelaire (1) a fait récemment une étude très complète de la réfléchie. Cependant Pilliet l'a vainement cherchée et, d'accord avec Virchow, Langhans, Léopold, Keller, Wærth, en nie l'existence. Küstner, d'après ses dernières recherches, va même jusqu'à rejeter la caduque vraie.

Quoi qu'il en soit, au niveau de la nidation de l'ovule, la muqueuse de l'oviducte perd son épithélium; son chorion s'infiltré de cellules embryonnaires et s'hypervascularise. L'œuf a toujours ses deux enveloppes fœtales : chorion et amnios. En même temps que la muqueuse, les villosités se développent, éparées d'abord, puis se concentrent, vers la sixième semaine, en un point qui sera le placenta, formé



Fig. 248. — Grossesse tubaire avec rupture (Préparation de Pilliet). — La paroi musculaire est extrêmement amincie, la muqueuse est remplacée par une couche de grandes cellules déciduales interrompue de place en place par de larges caillots. On voit une villosité placentaire s'avancer jusqu'au contact de la paroi coiffée d'un caillot non fibreux.

ainsi en partie par les villosités choriales, en partie par la muqueuse tubaire. A ce niveau (sérotine), le chorion de celle-ci, plus richement infiltré de cellules embryonnaires, présente de larges lacs sanguins en communication avec les vaisseaux très développés de la trompe. Quant aux villosités, revêtues d'un épithélium d'origine ectodermique, elles se multiplient, se ramifient, pénètrent, comme autant de vrilles, la muqueuse tubaire, et arrivent aussi au contact des lacs sanguins. Plus tard, par suite de l'insuffisance vasculaire de la muqueuse tubaire, ces villosités s'atrophient, leurs bourgeons latéraux disparaissent et leur stroma central devient myxomateux, puis fibreux (Pilliet) (fig. 248 et 249).

(1) COUVELAIRE, *Soc. d'obst., de gynéc. et de péd.*, mars 1900.