

Dans les autres variétés, *ovarique* ou *abdominale*, l'évolution histologique est semblable du côté fœtal. « Quant à l'enveloppe d'origine maternelle qui remplace la caduque, ou plutôt l'utérus, et prend ici le nom de paroi du kyste fœtal, elle n'est pas la même dans tous les cas et varie avec le lieu où se développe l'œuf. Tantôt la paroi de la trompe, dans les variétés tubaires, tantôt les éléments du ligament

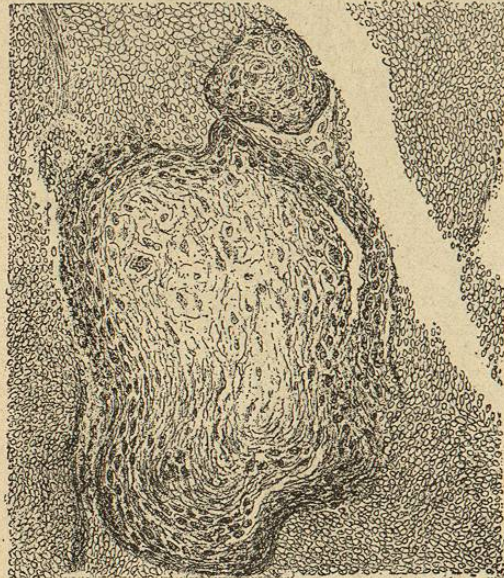


Fig. 249. — Grossesse tubaire (Préparation de Pilliet). — Villosite placentaire au centre d'un caillot de la trompe. La couche plasmodiale externe de la villosite est encore nette, son centre commence à devenir myxomateux. A côté se trouve la coupe d'un petit bourgeon latéral. Le tout est noyé dans un caillot non fibrineux (1).

mort du fœtus, ou présenter une consistance visqueuse et parfois une odeur fétide.

Quelle que soit la variété de grossesse ectopique, rien de plus incertain que son avenir. Ou bien elle évoluera jusqu'au voisinage du terme, en deçà ou un peu au delà, ce qui est exceptionnel pour la grossesse tubaire; Maygrier n'a pu en recueillir que trois cas authentiques. Ce qui est infiniment plus fréquent, c'est qu'elle est interrompue, à une époque variable, généralement prochaine, par la mort du fœtus, conséquence de l'un ou l'autre des accidents que nous allons passer en revue. Parmi ces accidents, les uns aboutissent, mais rarement, à la guérison spontanée, complète ou relative; les

(1) Les figures 248 et 249 sont empruntées à LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU, Traité méd.-chir. de gynéc., Paris, 1898.

autres, dont l'hémorragie interne est le plus redoutable, tuent souvent la malade, soit immédiatement, soit par leurs suites éloignées.

a. *Hématosalpinx*. — Nous avons vu, en indiquant la formation du placenta tubaire, que les villosités choriales s'atrophient à un certain moment. Cette atrophie ouvre les lacs sanguins et il se produit de petites hémorragies inter-tubo-fœtales. Tel est le mécanisme pathogénique, généralement admis aujourd'hui, du plus grand nombre des hématosalpinx (Veit, Wyder, Werth, Zedel, Pilliet). La trompe est alors dilatée en un point, et remplie par un caillot adhérent, stratifié, et au centre duquel on retrouve parfois les vestiges d'une cavité amniotique. Au microscope, la muqueuse est dépouillée de son épithélium, aréolée de grands lacs sanguins et traversée par des villosités scléreuses. Entre elle et les villosités se voit un caillot stratifié dont les couches, voisines de la muqueuse, sont plus récentes; il est infiltré de cellules chargées de pigment sanguin et peut se résorber presque totalement. Mais la réparation intégrale de la muqueuse est lente. On peut reconnaître les villosités jusqu'à huit ans après l'accident (Launay), et leur constatation, jointe à l'adhérence du caillot et à la dénudation de la muqueuse, permet de reconnaître l'origine gravidique de l'hématosalpinx. Le plus souvent, l'hémorragie inter-tubo-kystique se reproduit et aboutit à l'avortement ou à la rupture. L'hématosalpinx, en somme, ne serait la plupart du temps qu'un *avortement tubaire avec rétention* et Doléris (1) a bien mis en relief les divers phénomènes susceptibles d'accompagner cet accident.

b. *Avortement tubaire* (2). — L'œuf en ectopie dans la trompe peut faire route vers la cavité utérine ou vers la cavité abdominale. L'avortement tubaire en général est fréquent et la proportion, relativement à la rupture, égale pour Orthmann (61 ruptures et 61 avortements sur 122 cas), est bien plus considérable dans la plupart des autres statistiques. Fehling : 71 avortements contre 9 ruptures; Mandl et Schmidt : 56 contre 11; Küstner : 59 contre 16.

L'avortement *tubo-utérin*, signalé par Werth, Zedel, Bland Sutton, etc., se produit dans les cas d'ectopie voisine de l'utérus. Grâce à la similitude de ses signes avec ceux de l'avortement utérin, il est difficile d'en établir le diagnostic et la fréquence; il a pu se terminer exceptionnellement par une grossesse utérine vraie [Elliot (3), 3 cas].

L'avortement *tubo-abdominal* suppose les conditions suivantes : siège ampullaire de l'œuf, perméabilité du pavillon (son occlusion ne serait jamais complète avant la cinquième semaine, Bland Sutton);

(1) DOLÉRIS, Soc. d'obst., de gynéc. et de péd., avril et mai 1900.

(2) VOY. CESTAN, Sem. gynéc., 1896, p. 113 et 121.

(3) ELLIOT, Boston med. Journ., 1893.

intégrité des parois de la trompe ou plutôt hypertrophie de ses éléments musculaires (Hennig). Strauch, Veil, Thorn, admettent même la réalité des contractions tubaires et elles sont notées dans quelques observations de grossesse avancée (fig. 250).

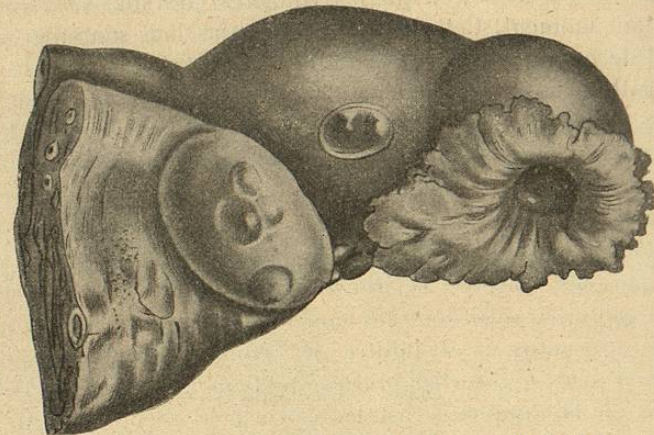


Fig. 250. — Grossesse dans la trompe droite, avortement tubaire (d'après Howard A. Kelly).

Rarement l'œuf est expulsé en totalité de manière à pouvoir se greffer sur la séreuse et évoluer en grossesse abdominale secondaire (L. Tait). Plus souvent, l'embryon tombe au milieu des caillots; le placenta reste dans la trompe en totalité ou à cheval sur l'orifice tubaire et peut encore contracter des adhérences secondaires assurant la survie de l'œuf. Les observations de Walther, de Bandl, etc., ne laissent pas de doute sur la réalité des grossesses secondaires dont la possibilité est très généralement admise. Mais la mort du fœtus est la conséquence bien plus ordinaire de l'avortement comme de la rupture (Gauthier) (1). L'hémorragie qui accompagne cet accident est d'abondance très variable: insignifiante parfois, elle peut, dans d'autres cas, soit d'emblée, soit par sa répétition, atteindre de grandes proportions. Deux fois, Doléris a trouvé plus d'un litre de sang.

D'une manière générale, elle est moins redoutable que celle qui accompagne la rupture et produit plutôt l'hématocèle que la véritable inondation péritonéale. Comme dans l'hématosalpinx, la réparation de la muqueuse, après l'avortement tubaire, est très lente à se faire, si bien que, longtemps après la disparition des villosités, on trouve encore des cellules déciduales dans la paroi.

c. **Rupture.** — Cet accident est fréquent et précoce dans la grossesse tubaire. Puech l'a observé 63 fois sur 90 cas. Il survient de la quatrième semaine au quatrième ou au cinquième mois, exception-

(1) GAUTHIER, thèse de Paris, 1893.

nellement plus tard. Sur 80 cas, Frémont (1) la note 46 fois dans les deux premiers mois, 28 dans le troisième et le quatrième, 6 au neuvième. Dans les 46 observations de Bouilly, l'interruption de la grossesse par avortement ou rupture s'est faite 42 fois de la troisième à la sixième semaine et plus souvent vers cette dernière époque. L'influence de la surdistension, pour expliquer la rupture, n'est guère plus acceptée aujourd'hui: on admet plus volontiers que la paroi, altérée, pénétrée par les villosités, au niveau du placenta, ou naturellement amincie dans un diverticule (Landau), cède en ce point qui est le siège habituel des ruptures et se rencontre plus souvent sur la paroi supérieure (Martin) (fig. 251).

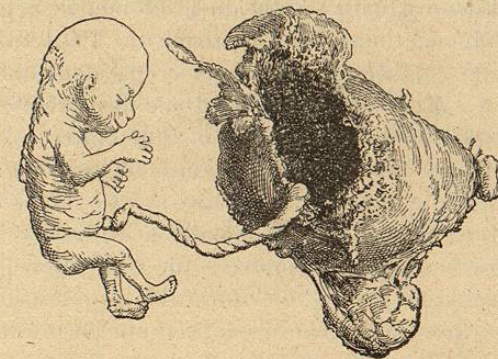


Fig. 251. — Rupture de grossesse tubaire (d'après Howard A. Kelly).

Les efforts, le coït, une chute, un voyage fatigant, la congestion menstruelle, telles sont les causes ordinairement considérées

comme provocatrices de l'avortement ou de la rupture; il est difficile pourtant de les rattacher, dans bien des cas, à aucune circonstance étiologique.

La déchirure est unique, quelquefois double ou triple, et mesure de 1 à 3 ou 4 centimètres. Rarement, elle se produit entre les feuillets du ligament large; elle donne lieu alors à une grossesse ou à une hématocèle extrapéritonéale. Elle est suivie, comme l'avortement, soit d'une grossesse abdominale secondaire, soit plutôt de la mort du fœtus, et s'accompagne constamment d'hémorragie, toujours plus ou moins grave, souvent mortelle.

d. **Hémorragie.** — Lors d'avortement tubaire, l'hémorragie provient de l'ouverture des sinus: en cas de rupture, elle est, en outre, fournie par les lèvres de la déchirure. C'est à L. Tait que revient le mérite d'avoir rattaché à la grossesse ectopique la grande majorité des épanchements sanguins diffus.

Dans l'avortement, le sang épanché est veineux, coule sous une faible pression et se coagule vite. Il est rare que l'hémorragie soit foudroyante ou même immédiatement grave (Zedel, Gauthier); elle ne le devient que par sa répétition. Telle est l'origine de la plupart des hématocèles.

(1) FRÉMONT, thèse de Paris, 1900.

Dans la *rupture*, à l'écoulement veineux des sinus s'ajoute souvent, comme on a pu le voir dans mainte opération, le jet d'une artère dilatée et rompue. C'est alors que peut se produire l'*inondation péritonéale* grave. L'abondance de l'hémorragie varie d'ailleurs sous des conditions multiples dont les principales sont l'âge de la grossesse et l'état du péritoine. En général, elle est d'autant moindre que la grossesse est plus jeune ; cependant, il y a de nombreuses exceptions à cette règle et, sur 54 cas de mort relevant de cette cause, Cestan (1) en a noté 21 survenus entre trois semaines et deux mois et demi. Quant à l'état du péritoine, P. Segond a bien exprimé son influence dans cet aphorisme : « Petit épanchement dans un péritoine malade, grande hémorragie dans une séreuse saine. »

e. *Mort du fœtus*. — Dans les premières semaines, le liquide amniotique et même l'œuf tout entier, projetés par avortement ou rupture dans la cavité abdominale, peuvent s'y résorber, et c'est là un mode de guérison. Plus âgé, l'œuf a moins de chances de résorption et expose dès lors la malade à diverses éventualités plus ou moins graves. Il peut suppurer, que l'infection provienne de l'intestin ou l'atteigne par la voie intratubaire ou vasculaire. Il en résultera soit une péritonite généralisée, soit une péritonite partielle, cause possible de septicémie. Il s'accumule parfois, dans la poche, du liquide dont la tension augmente à chaque époque menstruelle (Pinard).

Le kyste peut même suppurer sans être ouvert : il contracte alors des adhérences multiples et complexes, et tend à s'ouvrir ultérieurement, soit à la paroi abdominale, généralement au voisinage de l'ombilic, ce qui est une issue relativement favorable ; soit dans une cavité voisine, dans le rectum surtout (un quart des cas), dans la vessie (un vingtième), dans l'intestin, le vagin et l'utérus, assez souvent dans plusieurs cavités à la fois. Parry, sur 248 cas, a relevé l'ouverture rectale 65 fois ; pariétale, 40 ; vaginale, 12 ; vésicale, 9 ; elle était multiple dans les autres cas. Ces ouvertures restent fistuleuses tant que l'élimination n'est pas complète, et la malade reste sous la menace de la septicémie.

S'il demeure stérile, le kyste peut être indéfiniment toléré ; les parties liquides se résorbent et les membranes deviennent fibreuses (*momi-fication*). Dans les cas très anciens, les parties molles du fœtus, elles-mêmes, se résorbent après avoir subi la dégénérescence graisseuse, en même temps que se font des dépôts calcaires sur les parois. La masse osseuse, enveloppée ainsi d'une paroi calcaire, constitue ce qu'on a appelé un *lithopædion*, qui reste enkysté et silencieux pendant des années entières ou finit par s'éliminer en provoquant des accidents plus ou moins sérieux.

Dans le placenta, la circulation persiste un certain temps, un mois

(1) CESTAN, *Sem. gynéc.*, 1896, et thèse de Paris, 1894.

et demi environ : cependant son décollement, au delà de ce terme, peut encore provoquer des hémorragies. Sa disparition est caractérisée histologiquement par l'atrophie progressive des villosités qui perdent peu à peu leurs prolongements, leurs canaux vasculaires, leur revêtement de cellules multinucléées et, finalement, se transforment en tractus fibreux (Pilliet). Quant à l'utérus, il reste quelque temps en état de subinvolution, puis la caduque s'atrophie et s'élimine.

Dans les variétés ovarique, tubo-abdominale, abdominale et surtout intraligamentaire, la rupture est plus tardive ; la grossesse peut même arriver à terme ; les observations sont loin d'en être exceptionnelles. J. Oliver (1) en a opéré, à lui seul, 4 cas. Au moment où devrait se produire l'accouchement normal, on observe, du côté de l'utérus, l'expulsion d'une caduque, puis les phénomènes du faux travail qui durent de quelques heures à deux ou trois jours. On peut constater alors que le fœtus a cessé de vivre.

Symptômes. — 1° AVANT LE CINQUIÈME MOIS. — Dans beaucoup de cas, les symptômes de début sont si vagues qu'il est impossible de soupçonner une grossesse ectopique ou de la distinguer d'une grossesse utérine. Elle peut même évoluer jusqu'à terme sous les apparences d'une gestation normale et ne se révéler alors que par le faux travail ou par un *prolongement* inusité, coïncidant avec la disparition des mouvements du fœtus. Les signes rationnels de la gravidité sont cependant moins évidents en général ; ou bien, une multipare remarque elle-même que sa grossesse diffère des précédentes. Souvent il n'y a pas d'autre signe qu'une perturbation menstruelle. Les règles sont modifiées dans la plupart des cas, 30 fois sur 50 (Bouilly), supprimées chez un tiers des malades (Pinard, Bouilly).

Le plus ordinairement, il y a un retard suivi d'une perte plus ou moins douloureuse et abondante, intermittente et trainante. Le sang, d'abord fluide et rose, devient ensuite plus épais, noirâtre, ou, au contraire, rouillé, séreux. D'autres fois, surviennent, dès la fin du premier mois, des phénomènes péritonéaux pénibles, des troubles fonctionnels du côté de l'intestin et de la vessie, puis des douleurs pelviennes à paroxysmes menstruels (Pinard).

Mais rien n'est caractéristique jusqu'au moment où apparaît une *crise aiguë* révélatrice, en même temps que de la grossesse ectopique elle-même, de son interruption par l'une des complications suivantes : *formation d'un hématosalpinx*, *avortement* ou *rupture*.

a. Dans sa forme la plus légère, cette crise se réduit à des phénomènes péritonéaux atténués, à une métrorragie douloureuse, succédant à un retard, différente d'une menstruation normale et accompagnée de l'expulsion d'une caduque, qui peut faire croire à une

(1) JAMES OLIVER, *Sem. gynéc.*, 1898, p. 321.

manifestation de dysménorrhée membraneuse. Ces signes sont généralement en rapport avec la formation d'un *hématosalpinx* qu'on recherchera par l'examen bimanuel, ou d'une *hématocèle* de petit volume.

b. La forme qui correspond à l'*avortement tubaire* est caractérisée d'abord par des douleurs et des métrorragies. Les *douleurs*, progressives ou, plus souvent, à début brusque, sont hypogastriques avec irradiations sacro-lombaires, affectent ordinairement la forme de crises aiguës et s'accompagnent d'une réaction péritonéale plus ou moins intense : nausées, ballonnement du ventre, dysurie, etc. Les *métrorragies* sont généralement peu abondantes, mais itératives, constituées par un sang rouge d'abord, puis foncé, quelquefois fétide ou à odeur lochiale (Meck). Ces douleurs et ces pertes sont l'indice du décollement de l'œuf qui se complète bientôt, puis survient l'irruption sanguine dans le péritoine, dont le tableau symptomatique rappelle exactement, ou plutôt avec des teintes atténuées, celui de la rupture.

c. Bouilly (1) a bien tracé le tableau de la *rupture* d'une grossesse tubaire : « Le début est, en général, à grand fracas ; je l'ai caractérisé d'un mot en disant qu'il y a *ictus péritonéal*. Douleur abdominale diffuse extrêmement violente, quelquefois avec sensation de corps étranger dans le ventre, syncope ou tendance à la syncope, refroidissement, pâleur de la face, anxiété des traits, rapidité ou petitesse du pouls, vomissements ou état comateux : tels sont les phénomènes ordinaires de la crise. Au bout de quelques heures, d'un jour, sous l'influence du traitement, ces premiers accidents s'amendent... Deux éléments, le *péritonisme* et l'*hémorragie interne*, peuvent fournir les éléments de ce tableau clinique effrayant. » Mais cette symptomatologie brutale, affolante, de la crise n'est pas toujours en rapport avec l'abondance de l'hémorragie. Dès 1892, nous avons insisté sur la discordance fréquente de l'intensité de la crise avec la gravité du pronostic et Bouilly n'a vu mourir dans ces conditions qu'une seule de ses cinquante malades. Une sensibilité spéciale de la séreuse et l'âge peu avancé de la grossesse expliquent, dans ces cas relativement favorables, la prédominance du péritonisme sur l'hémorragie. Quoi qu'il en soit, si la crise n'est pas immédiatement ou rapidement mortelle, elle se termine par l'évolution ordinaire de l'hématocèle.

2° APRÈS LE CINQUIÈME MOIS. — Les symptômes deviennent tout à fait caractéristiques : les troubles sympathiques de la grossesse s'accusent en même temps que le volume de l'abdomen augmente et que se montrent divers phénomènes de compression. En outre, la superficialité du fœtus permet d'en reconnaître les diverses parties et les

(1) BOUILLY, *La gynécologie*, 1898, n° 1.

battements cardiaques. La rupture du kyste, plus rare dès lors, donne lieu aux mêmes accidents qu'à la période antérieure et nous avons vu quelles peuvent être les conséquences de la mort du fœtus.

Marche. — En résumé, la *marche* de la grossesse ectopique est variable suivant que survient ou non la rupture du kyste et que le fœtus meurt ou survit. En fait, son interruption est fréquente et précoce et la crise qui l'accompagne peut se terminer par la guérison ; mais, plus souvent, elle se répète ou entraîne des accidents sérieux et même mortels. Dans les cas exceptionnels où la grossesse arrive à terme, si l'on n'intervient pas, le fœtus meurt. Sa mort amène l'apparition des phénomènes qui ont été décrits sous le nom de *faux travail*. Des contractions accompagnées de douleurs vives, comparables à ce qui se passe au moment de l'accouchement, apparaissent subitement. Puis les souffrances s'arrêtent et les seins s'affaissent. Le fœtus, dès lors, macère, subit la transformation graisseuse ou calcaire, et sa rétention peut donner lieu aux accidents d'inflammation ou de compression que nous avons signalés.

Pronostic. — Le *pronostic* est donc grave : la statistique de Schauta, portant sur 241 cas, et celle de Parry, sur 500, donnent une mortalité, la première de 68,8 p. 100 ; la seconde, de 67,2. Sur 38 cas, plus récents, observés par Pinard et dont 14 ont été opérés, 24 se sont terminés par la mort. L'hémorragie en est la cause habituelle aux premières périodes ; la septicémie, dans les cas anciens.

Quant à l'enfant, c'est bien exceptionnellement qu'on peut l'obtenir vivant par la laparotomie.

Diagnostic. — a. AVANT LE CINQUIÈME MOIS. — Il est bien difficile, avant l'explosion d'un accident, de faire le diagnostic ferme d'une grossesse ectopique. Il est permis cependant de la soupçonner en accumulant les signes de probabilité suivants : retard et irrégularités menstruelles coïncidant avec des phénomènes sympathiques plus ou moins vagues de grossesse, avec des douleurs pelviennes, avec l'augmentation de volume de l'utérus qui ne dépasse pas deux mois de gravidité et l'apparition d'une tumeur ovoïde juxta-utérine à développement progressif et rapide, sensible au toucher, peu mobile, déviant parfois l'utérus dans un sens ou dans l'autre. Mais les signes de certitude manquent et le curetage explorateur, conseillé par Wyder, Routh, Kelly, A. Pettit, outre qu'il peut provoquer la rupture du kyste (Löhlein), ne permettrait pas toujours, d'après Pilliet, de distinguer une muqueuse enflammée d'une caduque utérine de grossesse ectopique. L'erreur est donc possible et la confusion peut être faite avec une *salpingite*, un *fibrome*, un *petit kyste ovarique* ou *parovarique*, un *utérus rétrofléchi*, *gravide* ou non. Dans tous les cas, il importe de faire un interrogatoire très complet, d'interpréter judicieusement les anamnestiques et de répéter son examen, au besoin sous le chloroforme.