

Plus commune chez  
les multipares.

vements de la trompe qui font cheminer l'œuf, et en arrêter la descente. Le même fait sera produit par différents états morbides : des adhérences inflammatoires consécutives à une ancienne péritonite, comprimant la trompe ; un rétrécissement de son calibre par du mucus épaissi ou la présence d'un petit polype ; la pression d'une tumeur utérine ou autre, et ainsi de suite. Le fait que les grossesses extra-utérines se présentent le plus souvent chez les multipares, et sont comparativement rares chez les femmes au-dessous de 30 ans, tend à montrer que ces conditions, beaucoup plus développées chez ces femmes que chez les jeunes primipares, ont une influence considérable sur la production de l'accident. Quelques auteurs ont cité comme cause possible, un trouble produit par la frayeur, soit pendant le coït, soit quelques jours après. On en rapporte plusieurs exemples et, bien que l'influence d'une émotion dans la production de cet état ne soit pas susceptible de preuve, il n'est pas difficile de concevoir que des spasmes de la trompe de Fallope soient provoqués ainsi, et qu'ils puissent ou arrêter la marche de l'œuf, ou le lancer dans la cavité abdominale. La grossesse abdominale est probablement moins difficile à expliquer, car si nous admettons, avec Coste, que l'ovule est fécondé à la surface même de l'ovaire, comme il y a bien des causes qui entravent l'adaptation convenable de l'extrémité frangée de la trompe à la surface de l'ovaire, l'œuf, en tombant, doit nécessairement être entraîné dans la cavité de l'abdomen. Kiwisch <sup>1</sup> a signalé que cette grossesse survient particulièrement lorsque le follicule de de Graaf se développe à la surface postérieure de l'ovaire ; il est probable que cela doit se présenter communément, et que la rareté comparative de la grossesse abdominale est due à la difficulté avec laquelle l'œuf fécondé se greffe sur les viscéres environnants. Il a été démontré que la fécondation peut se produire dans la cavité abdominale elle-même, et Keller en rapporte un exemple remarquable. Dans ce cas, Kœberlé avait enlevé le corps de l'utérus et une partie du col, laissant

1. *Klinische Vorträge*, II, 227.

les ovaires. Dans la portion du col qui restait, il existait un trajet fistuleux s'ouvrant dans la cavité abdominale ; le sperme passa par ce canal et produisit une grossesse abdominale. On rapporte aussi plusieurs cas curieux qui ont donné lieu à des discussions nombreuses, par exemple une grossesse tubaire existant d'un côté, tandis que le corps jaune était du côté opposé (fig. 76). L'explication la plus probable, c'est que l'extrémité frangée de la trompe, dans laquelle fut trouvé l'œuf, s'était déroulée en traversant la cavité abdominale et avait saisi l'ovaire opposé. Ce mécanisme avait sans doute amené une flexion que l'œuf n'avait

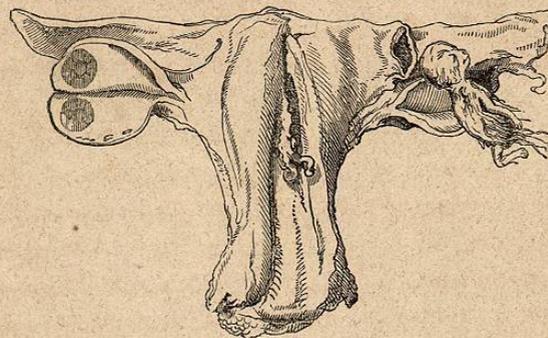


Fig. 76. — Grossesse tubaire avec le corps jaune dans l'ovaire du côté opposé.

pu franchir, et il était resté dans la trompe. Tyler Smith a supposé que de semblables faits peuvent être expliqués en admettant que l'œuf, après avoir gagné l'utérus, ne s'est pas greffé sur la muqueuse elle-même et a passé dans la trompe du côté opposé. Kussmaul <sup>1</sup> pense que ce passage de l'œuf à travers la cavité utérine peut être causé par la contraction musculaire de l'utérus, survenant peu de temps après la conception, et poussant l'œuf encore libre vers l'ouverture de la trompe opposée, ou même jusque dans la trompe elle-même.

L'histoire et la marche des grossesses extra-utérines sont toutes différentes, selon leur siège, et, au point de vue pratique, nous pouvons admettre deux grandes classes : la grossesse

Grossesses tubaires.

1. *Mon. f. Geburt*, oct. 1862.

tubaire (avec ses variétés) et la grossesse abdominale, qu'on doit étudier séparément.

Modifications dans les trompes.

Lorsque l'œuf est arrêté dans une partie quelconque de la trompe, les villosités choriales commencent bientôt à se développer, comme dans une grossesse ordinaire; elles se greffent sur la muqueuse de la trompe et fixent l'œuf dans sa nouvelle position. La membrane muqueuse s'hypertrophie, à peu près comme celle de l'utérus dans les mêmes circonstances, et elle se développe comme une sorte de pseudo-caduque. Toutefois, comme la tunique muqueuse des trompes ne possède pas de glandes tubulaires, on peut à peine dire qu'il existe une vraie caduque, ou qu'il y ait autour de l'œuf un développement de membrane analogue à la caduque réflexe. L'œuf est lâchement maintenu dans sa situation anormale, et il peut survenir facilement une hémorrhagie par déchirure des villosités choriales. Il est rare qu'on observe un développement des villosités choriales sous forme distincte de placenta, probablement parce que la déchirure et la mort surviennent presque toujours avant la période à laquelle le placenta est normalement constitué. Les parois musculaires de la trompe s'hypertrophient et s'épaississent bientôt, et, à mesure que l'œuf augmente de volume, les fibres s'écartent les unes des autres, de telle sorte que l'œuf fait saillie en certains points à travers elles, et là il est seulement recouvert par les tuniques muqueuse et péritonéale de la trompe, distendues et amincies. A ce moment, la grossesse tubaire est constituée par une tumeur ovale, lisse, qui, en général, n'a contracté aucune adhérence avec les tissus voisins (fig. 77).

La partie de la trompe inoccupée par l'œuf peut rester saine et perméable dans ses deux directions; mais plus fréquemment elle devient si distendue et si altérée que son canal ne peut être découvert. Le plus souvent, c'est la partie de la trompe voisine de l'utérus qu'on ne retrouve pas.

Etat de l'utérus.

L'état de l'utérus, dans cette forme de grossesse extra-utérine, comme dans toutes les autres, a été le sujet de grandes discussions. Il est aujourd'hui universellement admis que l'utérus

subit un certain travail d'engorgement sympathique: le col se ramollit, comme dans la grossesse naturelle, et la muqueuse se développe comme une vraie caduque. Dans bien des cas, on trouve la caduque à l'examen cadavérique, mais pas toujours; de là les doutes que quelques auteurs ont émis sur son existence. L'explication la plus raisonnable de son absence est celle qui est donnée par Duguet<sup>1</sup>; il dit que souvent la caduque uté-



Fig. 77. — Grossesse tubaire (specimen du musée de King's College).

rine est entraînée *en masse* pendant l'hémorrhagie qui est si commune avant l'issue fatale de la grossesse extra-utérine.

Lorsque l'œuf est arrêté dans cette portion de la trompe qui traverse les parois utérines, c'est-à-dire dans la grossesse interstitielle, les fibres musculaires de l'utérus se distendent et s'écartent et forment l'enveloppe externe de l'œuf. Lorsque, d'un autre côté, l'œuf s'arrête dans l'extrémité frangée de la trompe, le kyste qui le contient est formé en partie des franges de la trompe, en partie du tissu de l'ovaire; il est ici beaucoup plus extensible, et la grossesse peut se développer sans déchi-

Grossesse interstitielle.

1. *Annales de gynécologie*, mai 1874.

rure jusqu'à une période plus avancée ou même jusqu'à terme. Ce cas est à peu près semblable à celui d'une grossesse abdominale.

Période à laquelle se fait la rupture.

La terminaison de la grossesse tubaire, dans l'immense majorité des cas, est la mort produite par déchirure, et consécutive soit à une hémorrhagie interne, soit à une péritonite intense généralisée.

La rupture survient généralement à une période peu avancée de la grossesse, le plus souvent de la deuxième à la quatrième semaine, rarement plus tard. Cependant on cite quelques observations dans lesquelles elle ne survint qu'au quatrième ou cinquième mois, et Saxtorph et Spiegelberg ont rapporté des cas, en apparence authentiques, dans lesquels la grossesse arriva à terme sans déchirure. Elle se produit en général par simple tiraillement et par distension de la trompe, au point le plus aminci, et parfois elle paraît hâtée ou déterminée par des circonstances accidentelles, un coup, une chute, ou l'excitation du rapprochement sexuel.

Symptômes de la rupture.

Les symptômes de la rupture sont ceux d'un affaissement considérable, avec une forte douleur dans l'abdomen, produite par la déchirure du kyste. La femme est extrêmement pâle, son pouls est petit, faible et presque imperceptible, elle a quelquefois des vomissements, mais elle conserve toutes ses facultés. Si l'hémorrhagie est profuse, elle peut mourir sans la moindre réaction. Quelquefois cependant, et ceci arrive généralement dans les cas où la trompe se rompt, l'œuf restant intact, l'hémorrhagie peut cesser, l'œuf bouchant l'ouverture et agissant comme un tampon. La femme peut alors se relever imparfaitement, puis être reprise d'une seconde hémorrhagie qui est mortelle. Si la perte de sang n'est pas d'elle-même suffisante pour causer la mort du coup et par anémie, l'issue fatale n'est que retardée, car le sang répandu provoque une violente péritonite généralisée qui emporte la malade rapidement. Si la femme échappe à ce second danger, la grossesse tubaire est transformée en grossesse abdominale; le fœtus est enveloppé

par une poche faite d'un exsudat inflammatoire, et le cas est alors soumis aux règles de traitement que nous indiquerons lorsque nous étudierons cette variété de grossesse extra-utérine.

La possibilité de diagnostiquer la grossesse tubaire avant la rupture est une question de haut intérêt, parce que, si son existence est prouvée, nous avons quelque espoir de parer à la mort qui attend la femme. Malheureusement, les symptômes de la grossesse tubaire sont toujours obscurs, et trop souvent la mort arrive sans que nous ayons pu concevoir le plus léger soupçon. En premier lieu, on doit observer que tous les troubles sympathiques ordinaires de la grossesse existent : les seins développés, l'aréole brunie et les vomissements du matin; la menstruation est aussi arrêtée; mais, après l'absence d'un ou de plusieurs flux, il se produit souvent une hémorrhagie irrégulière. C'est un symptôme important, dont les auteurs anglais et étrangers ont, dans ces dernières années, signalé la valeur au point de vue du diagnostic de la grossesse tubaire. Barnes l'attribue à un décollement partiel des villosités chorales, produit par un grossissement de l'œuf hors de proportion avec la trompe dans laquelle il est contenu. Que cette explication soit exacte ou non, il est certain qu'une hémorrhagie irrégulière précède la déchirure de quelques jours ou même davantage. Avec cette hémorrhagie, il y a presque toujours une douleur abdominale plus ou moins forte, produite par la distension des tissus dans lesquels l'œuf est placé, et cette douleur acquiert quelquefois le caractère de crampes excessivement intenses. Si donc nous nous trouvons en face des symptômes d'une grossesse au début, avec des pertes irrégulières, quelquefois l'expulsion de débris membraneux, une douleur abdominale, nous devons pratiquer un examen extrêmement soigneux, et il est possible que nous reconnaissons la nature véritable de la grossesse. Même dans une grossesse extra-utérine, nous trouverions l'utérus un peu développé et le col ramolli, comme au début de la gestation; mais, en général, ces modifications sont beaucoup moins marquées que dans la grossesse ordinaire. Toute-

Diagnostic.

FAC. DE MED. U. A. N. V.

fois, ce fait a de lui-même peu de valeur diagnostique, car la différence est toujours trop légère pour que nous en déduisions une conclusion positive. L'existence d'une tumeur péri-utérine, ronde ou ovale, produisant plus ou moins de déplacement de l'utérus dans une direction opposée à celle de la tumeur, peut nous mettre sur la voie de la grossesse tubaire. Par l'examen bi-manuel, une main appliquée sur la paroi abdominale, tandis que l'index de l'autre agit de concert avec la première, soit à travers le vagin, soit par le rectum, la grosseur et les rapports de la tumeur pourront être appréciés. Mais on peut observer dans bien des cas les mêmes signes physiques, par exemple lorsqu'il existe de petites tumeurs ovariennes ou fibreuses, ou un épanchement de sang autour de l'utérus; le diagnostic différentiel est toujours très-difficile et souvent impossible. Joulin rapporte un curieux exemple des difficultés du diagnostic. Huguier, et six ou sept des plus célèbres accoucheurs de Paris, admirent l'existence d'une grossesse extra-utérine et la nécessité de l'opération, lorsqu'il se déclara un avortement démontrant que la grossesse était naturelle. L'usage de la sonde utérine pourrait faciliter le diagnostic; mais il est contre-indiqué, à moins que l'absence de grossesse utérine ne soit positivement démontrée. Il résulte de tout ceci que le diagnostic positif est presque toujours très-difficile. Tout ce que nous pouvons dire, c'est que, lorsque nous avons, en même temps que les signes généraux d'une grossesse au début, les autres symptômes dont nous avons parlé, nous sommes suffisamment autorisés à admettre la grossesse tubaire et à agir, afin d'éviter à la femme les conséquences nécessairement fatales d'une rupture. Si le diagnostic était certain, l'ablation de toute la trompe et de son contenu par une section abdominale serait parfaitement justifiée et ne serait sans doute ni plus difficile ni plus dangereuse que l'ovariotomie, car, à cette période de la grossesse extra-utérine, il n'y a pas d'adhérences pour compliquer l'opération. Jusqu'à ce jour, l'incertitude du diagnostic a empêché l'adoption de l'opération.

Le Dr Thomas, de New-York<sup>1</sup>, a rapporté récemment un cas des plus instructifs, dans lequel il a sauvé la vie d'une femme par une opération hardie et judicieuse. Le diagnostic était à peu près évident; il existait tous les signes décrits plus haut; Thomas ouvrit le kyste par le vagin avec un couteau de platine,

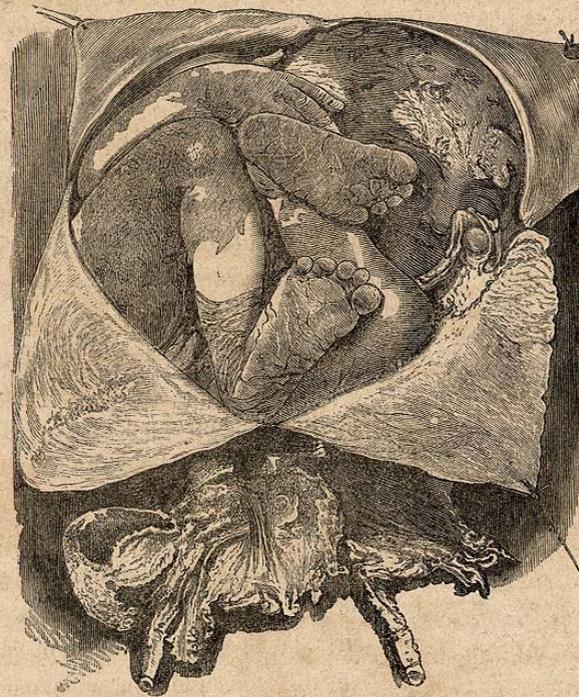


Fig. 73. — Grossesse extra-utérine à terme, variété tubo-ovarienne (d'après un cas du docteur Sibley Campbell's).

rendu incandescent par une batterie galvano-caustique, espérant ainsi prévenir l'hémorrhagie. A travers l'ouverture ainsi faite, il enleva le fœtus; mais, au moment où il essayait d'extraire le placenta, il survint une violente hémorrhagie qui ne put être arrêtée qu'en injectant dans le kyste une solution de sulfate de fer. Les restes du placenta sortirent ensuite en morceaux, après

1. *New-York Med. Jour.*, juin 1875.

une attaque de septicémie, qui fut enrayée par des lavages du kyste avec une lotion antiseptique, et la femme guérit. Si je pouvais me permettre de critiquer cette opération, suivie d'un si brillant succès, ce serait pour dire que, dans un autre cas du même genre, il vaudrait mieux avoir recours à la gastrotomie, dont les règles sont précises dans les grossesses abdominales, et laisser le placenta sans y toucher, se bornant à des injections antiseptiques et au drainage complet du kyste, pour éviter un accident.

Un autre mode de traitement, c'est de détruire le fœtus en arrêtant son développement, dans l'espoir qu'il pourra rester inerte et passif dans l'intérieur du sac. Des opérations diverses ont été recommandées et pratiquées dans ce but. On a introduit dans la tumeur des aiguilles, à travers lesquelles on faisait passer des courants électriques, soit des courants continus, soit, comme l'a suggéré Duchêne, une étincelle de l'électricité de Franklin. Dans une observation rapportée par le Dr Bachetti, on se servit d'un courant continu; le développement de l'œuf fut arrêté, et la malade guérit. Mais il est probable que la simple ponction du kyste eût été suivie du même résultat. Elle a été pratiquée avec plein succès dans plusieurs occasions, soit avec un petit trocart et une canule, soit avec une aiguille. Une grossesse tubaire de deux mois fut enrayée de cette façon dans deux cas très-intéressants, cités, l'un par Greenhalgh<sup>1</sup>, et l'autre par Martin<sup>2</sup>, de Berlin. Joulin a conseillé non seulement de ponctionner le kyste, mais d'y injecter une solution de morphine qui, par son effet toxique, assurerait la destruction du fœtus. On a proposé d'autres moyens pour atteindre le même but, la compression, ou l'administration par la bouche de remèdes toxiques, mais ils sont trop incertains pour être employés. Le moyen le plus simple et le plus avantageux serait d'introduire l'aiguille d'un aspirateur pour extraire le liquide amniotique et enrayer de cette façon le développement ulté-

1. *Lancet*, 1867.

2. *Monat. f. Geburt*, 1868.

rieur du fœtus. Parry<sup>1</sup> est opposé à cette pratique, et il a rassemblé quelques observations dans lesquelles la ponction du kyste fut suivie de résultats mortels, soit par hémorrhagie, soit par septicémie. Mais il est probable qu'on s'était servi du trocart et de la canule ordinaires, et qu'il y avait eu pénétration de l'air dans le sac, car il me paraît difficile d'admettre qu'une aiguille aspiratrice capillaire, trempée préalablement dans une solution antiseptique d'acide phénique, ait pu déterminer des accidents. C'est un procédé sans danger, même en supposant une erreur de diagnostic, c'est-à-dire une tumeur d'une autre nature, prise pour une grossesse tubaire.

Si l'aspirateur démontre que la grossesse extra-utérine existe, si le kyste est de grosseur considérable et la gestation avancée au delà du second mois, il nous sera facile alors d'avoir recours à une opération plus radicale, telle que celle qui a été pratiquée avec succès par Thomas.

Mais lorsque nous n'avons pas eu le bonheur d'arrêter le développement de la grossesse tubaire, et que nous ne reconnaissons pour la première fois son existence qu'après la production de la déchirure, alors que la femme est épuisée par l'hémorrhagie, quelle conduite devons-nous tenir? Jusqu'ici, on n'a essayé qu'une chose : relever la femme par des stimulants, et, si elle a été assez heureuse pour survivre aux effets immédiats de la déchirure, lutter contre la péritonite consécutive, dans l'espoir que le sang extravasé pourra être absorbé, comme dans l'hématocèle pelvienne. Ressource précaire en vérité, car, s'il se produit une rupture dans la grossesse tubaire, avancée de plus d'un mois, on ne peut attendre que la mort comme résultat. Bernutz suppose, et son opinion est partagée par Barnes, que la rupture non mortelle n'est probablement pas très-rare dans les premiers jours de la grossesse extra-utérine, et qu'elle est une cause assez fréquente de certaines formes d'hématocèle pelvienne. On a plus d'une fois suggéré qu'il serait parfaitement justifiable, lorsque la rupture a eu

Traitement lorsque la rupture est faite.

Gastrotomie.

1. Parry, *On extra-uterine Pregnancy*, p. 204.

lieu, de pratiquer la gastrotomie, d'éponger le sang épanché, de placer une ligature autour de la trompe déchirée et de l'enlever avec son contenu. Ce serait sans doute un procédé hardi et héroïque, mais quiconque est au courant des triomphes de la chirurgie abdominale moderne dira qu'il n'est ni impossible ni sans espoir. Tous les jours, en pratiquant l'ovariotomie, on éponge le sang épanché dans la cavité abdominale, et il n'y a aucune espèce de difficulté à lier et enlever le kyste de la grossesse extra-utérine, car en général il n'a contracté aucune adhérence avec les parties voisines. La mort ne survient que quelques heures après la rupture, de telle sorte qu'on aurait le temps d'opérer presque toujours, la prostration pouvant être enrayée temporairement par la transfusion du sang. La compression de l'aorte abdominale serait faite dès qu'on arrive auprès de la malade; elle modérerait suffisamment l'hémorrhagie jusqu'à ce que l'opération soit décidée. Nous nous rappellerons que la seule alternative est la mort; par conséquent, toute opération qui offre la plus légère chance de salut est parfaitement justifiée. Je ne saurais donc être de l'avis de ceux qui disent que l'opération ne doit pas être essayée, parce que le succès en est très-douteux; et je suis certain qu'il arrivera à quelques accoucheurs d'arracher ainsi une femme à la mort et d'augmenter les succès de la chirurgie abdominale.

Grossesse  
abdominale.

Dans la seconde des deux classes entre lesquelles j'ai divisé la grossesse extra-utérine, au point de vue pratique, l'œuf est développé dans la cavité abdominale elle-même. Il faut encore discuter ici si la grossesse est quelquefois primitivement abdominale ou non. Barnes croit qu'elle n'est probablement jamais primitive, à cause de la difficulté qu'il y a à admettre qu'un corps aussi petit que l'œuf puisse se fixer sur la surface péritonéale lisse. Pour lui, toutes les grossesses abdominales sont primitivement ou tubaires ou ovariennes, le sac dans lequel elles étaient contenues ayant donné passage à l'œuf, qui a conservé sa vitalité en restant inséré partiellement au kyste originaire. Cette théorie est en désaccord avec celle de la

majorité des auteurs, et, bien qu'elle puisse peut-être rendre le phénomène moins difficile à comprendre, elle est purement hypothétique. Il n'existe aucune preuve que, dans la plupart des cas, il y ait eu au début une déchirure du sac tubaire ou ovarien. Il est certain que les villosités chorales se greffent sur le péritoine voisin, fait que l'on observe dans toutes les grossesses abdominales. Et il n'est pas plus difficile d'imaginer qu'elles le fassent au début de leur développement qu'un peu plus tard; car on doit admettre que, si une telle déchirure se produit, la plupart du temps ce ne peut être que lorsque la grossesse est très peu avancée. En somme, il ne paraît pas déraisonnable d'admettre, comme on le fait ordinairement, que l'ovule déjà fécondé s'est échappé du pavillon de la trompe et est tombé dans la cavité abdominale, où il s'est greffé et s'est développé.

Quelques auteurs ont supposé que la grossesse abdominale pouvait se produire quand des spermatozoaires, entrant dans la cavité péritonéale, y ont rencontré et fécondé un ovule tombé d'un follicule de de Graaf. Un tel fait paraît presque impossible; mais l'observation de Kœberlé déjà relatée prouve qu'il s'est présenté. Il n'est pas rare sans doute que des ovules fécondés tombent dans la cavité abdominale et qu'ils meurent presque tous sans causer aucun accident. Lorsqu'ils survivent, les villosités chorales poussent, s'attachent aux parties voisines et constituent un placenta. La façon dont les villosités chorales sont insérées, et la disposition des vaisseaux sanguins maternels, n'ont pas encore été décrites; et ce serait là un sujet très-intéressant d'investigation. Le siège précis de l'insertion varie, et le placenta a été trouvé fixé à la plupart des viscères abdominaux, soit à ceux qui sont contenus dans le petit bassin, soit aux intestins ou aux fosses iliaques; mais, le plus souvent, c'est dans le cul-de-sac rétro-utérin qu'on trouve l'œuf.

Les modifications ultérieures sont très-diverses. Dans la grande majorité des cas, l'œuf produit une irritation considérable, et il se fait une exsudation de matière plastique, qui

Quelques auteurs  
croient qu'elle n'existe  
pas comme état  
primitif.

Formation d'un kyste  
autour de l'œuf.