

CHAPITRE IX

PATHOLOGIE DE LA CADUQUE ET DE L'ŒUF

Pathologie de la
caduque.

Nous savons malheureusement peu de chose des modifications pathologiques qui surviennent dans la membrane muqueuse de l'utérus pendant la grossesse. Il est probable toutefois qu'elles ont des conséquences beaucoup plus importantes qu'on ne le croit généralement, et il est certain qu'elles sont une cause fréquente d'avortement.

Endométrite.

Une des plus communément observées est l'endométrite antérieure à la conception. Lorsque l'ovule imprégné est arrivé dans l'utérus, il s'est greffé sur la muqueuse enflammée, qui n'était pas dans des conditions favorables à sa réception et à son développement. Il en résulte souvent, dans ces circonstances, la déchirure de quelques vaisseaux de la caduque, une extravasation de sang entre elle et les parois utérines, et comme conséquence l'avortement au début de la grossesse. Comme cet état morbide de la muqueuse utérine persiste vraisemblablement après que l'avortement est terminé, le même fait se reproduit à chaque fécondation, et nous pouvons ainsi observer des avortements répétés au début de toutes les grossesses. Mais lorsque cet état de choses existe, l'avortement n'est pas toujours fatal. Parfois il se développe un état hyperplasique de la caduque; la membrane devient épaisse et hypertrophiée, et ses cellules augmentent considérablement de volume

(fig. 82). Dans quelques cas, sa surface interne se tapisse de saillies polypôides rugueuses ¹ dépendant d'une prolifération du tissu interstitiel de la membrane muqueuse. Duncan ² a trouvé que la caduque hypertrophiée est toujours dans un état de dégénérescence graisseuse, plus avancée en certains

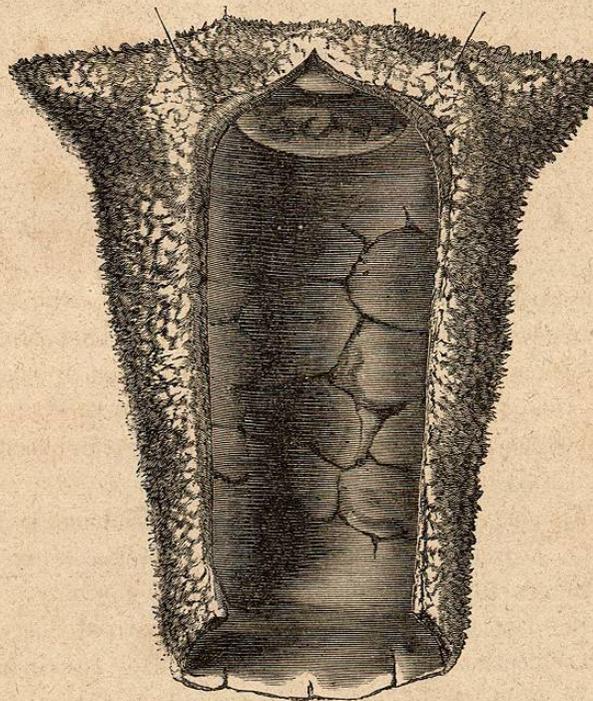


Fig. 82. — Caduque hypertrophiée avec l'œuf attaché au fond (d'après Duncan).

points. Le résultat de ces altérations dans la membrane qui tapisse l'utérus est la production fréquente de la dégénérescence ou de la mort de l'œuf, qui cependant reste en relation organique avec la caduque, jusqu'à ce que, après un certain laps de temps, celle-ci soit expulsée sous la forme d'une membrane épaisse, triangulaire et charnue, avec l'œuf atrophié attaché à un point quelconque de sa face interne. Dans d'autres cas où

1. *Virchow's Archiv für Patho.*, 1868.

2. *Researches in obstet.*, p. 293.

Syphilis.

l'hyperplasie de la caduque a atteint une moins grande étendue, la nutrition du fœtus n'est pas entravée, et la grossesse peut continuer jusqu'à terme, les modifications de la caduque étant reconnaissables après l'accouchement. D'autres facteurs, en dehors de l'endométrite, peuvent donner lieu à de semblables altérations de la caduque, et surtout, comme le soutient Virchow, le poison syphilitique. La condition inverse, c'est-à-dire un développement imparfait de la caduque, surtout de la caduque réflexe, a aussi été signalée comme une cause d'avortement. L'œuf adhère alors lâchement à la cavité utérine, sans le soutien que le développement de la caduque réflexe autour de lui doit lui apporter, et son expulsion prématurée en sera la conséquence (fig. 83).

Hydorrhée.

L'état particulier connu sous le nom d'*hydorrhœa gravidarum* dépend probablement de quelque affection morbide obscure de la muqueuse utérine. C'est un écoulement de liquide aqueux, clair, survenant à intervalles pendant la grossesse. Il peut se produire à une période quelconque de la gestation; mais on le rencontre le plus communément dans les derniers mois. Parfois il débute par la perte de quelques gouttes, parfois par un flux soudain et copieux. Puis le liquide aqueux, qui est généralement d'une couleur blanc jaunâtre et transparent comme le liquide amniotique, peut continuer à s'échapper à intervalles pendant plusieurs semaines, et quelquefois en très-grande quantité, de façon à inonder les vêtements de la femme. Très-fréquemment, il est expulsé à flots, la nuit même, lorsque la femme est couchée et tranquille dans son lit; son expulsion est alors probablement due à la contraction de l'utérus.

On a émis bien des théories pour expliquer ce fait. Quelques auteurs l'attribuent à la rupture d'un kyste placé entre l'œuf et les parois utérines. Baudelocque le rapportait à une transsudation du liquide amniotique à travers les membranes, tandis que Burgess et Dubois croyaient qu'il provenait d'une déchirure des membranes à quelque distance de l'orifice de l'utérus. Mattei, plus récemment, l'a attribué à l'existence d'une poche entre le

chorion et l'amnios. Il peut se faire que dans quelques cas un simple écoulement de liquide vienne de l'une ou l'autre de ces causes; mais, s'il est continu et répété, on doit lui chercher une autre source. Hegar¹ dit qu'il est le résultat d'une abondante sécrétion des glandes de la membrane muqueuse, qui s'accumule entre la caduque et le chorion, et s'échappe à travers

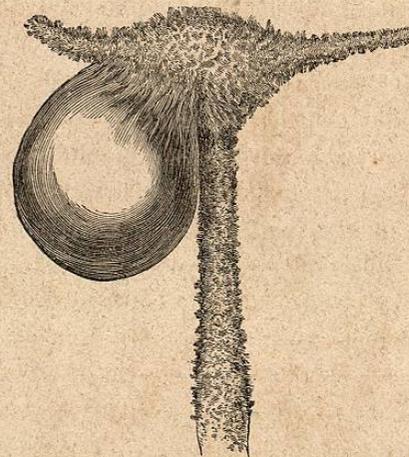


Fig. 83. — Caduque utérine imparfaitement développée avec l'œuf (Duncan).

l'orifice utérin. S'il en est ainsi, la caduque est probablement dans un état d'hypertrophie ou de morbidité. L'hydorrhée est surtout intéressante à cause de l'erreur de diagnostic à laquelle elle peut donner lieu; en effet, si nous sommes appelés la première fois que l'écoulement s'est déclaré, nous sommes naturellement portés à supposer que les membranes sont rompues, et que le travail est imminent. Et il n'y a aucun moyen positif de décider s'il en est ainsi. Cependant, dans l'hydorrhée, les douleurs manquent, l'orifice utérin n'est pas ouvert, et le ballotement peut être perçu. Si même les membranes sont rompues, il n'y aura aucune indication d'intervention, à moins que le travail ne soit commencé; la réapparition de l'écoulement et la persistance de la grossesse éclaireront bien-

1. *Monat. f. Geburt.*, 1863.

tôt le diagnostic. L'hydrorrhée, bien qu'elle puisse alarmer la femme, ne doit donner lieu à aucune inquiétude. La grossesse continue généralement jusqu'à terme ; cependant, dans des cas exceptionnels, un travail prématuré peut survenir. Aucun traitement n'est indiqué, et il n'y a rien qui puisse enrayer l'écoulement.

Pathologie du chorion.

Dégénérescence vésiculaire.

La seule maladie importante du chorion que nous connaissons, est cet état qui est diversement décrit sous les noms d'*hydatide de l'utérus*, *affection kystique de l'œuf*, *dégénérescence hydatiforme du chorion*, ou *môle vésiculaire*. Le nom d'hydatide de l'utérus lui fut longtemps donné, parce qu'on supposait que les vésicules en grappes, qui caractérisent l'affection, étaient de véritables hydatides analogues à celles qui se développent dans le foie et d'autres organes. Cette idée a été rejetée depuis longtemps, et il est maintenant démontré que l'affection prend naissance dans les villosités choriales. Le mode précis et les causes de sa production ne sont pas cependant encore expliqués d'une façon satisfaisante. La maladie est caractérisée par l'existence dans la cavité de l'utérus d'un grand nombre de vésicules transparentes, contenant un liquide clair et limpide, et dont la composition paraît assez semblable à celle du liquide amniotique. Ces petits corps vésiculaires, dont le volume varie de celui d'un grain de millet à celui d'un gland, sont souvent décrits comme semblables à une grappe de raisin ou de groseille. Mais un examen plus minutieux démontre qu'ils ne sont pas attachés tous à un pédicule indépendant, comme c'est le cas dans une grappe de raisin ; les uns naissent d'une vésicule, tandis que d'autres ont des pédicules distincts, insérés à la surface du chorion, et les pédicules eux-mêmes sont quelquefois distendus par du liquide (fig. 84). Cette disposition particulière des vésicules est expliquée par leur mode de développement.

Causes de la dégénérescence kystique.

On a beaucoup discuté sur l'étiologie de l'affection. Quelques auteurs supposent qu'elle suit toujours la mort du fœtus ; et toute l'énergie du développement étant reportée sur le chorion,

qui conserve ses connexions avec la caduque, il en résulte un grossissement anormal et une dégénérescence kystique. Telle est l'opinion soutenue par Gierse et Graily Hewitt ; elle est étayée par le fait indéniable que, dans presque tous les cas, le fœtus a entièrement disparu, et aussi par les observations de

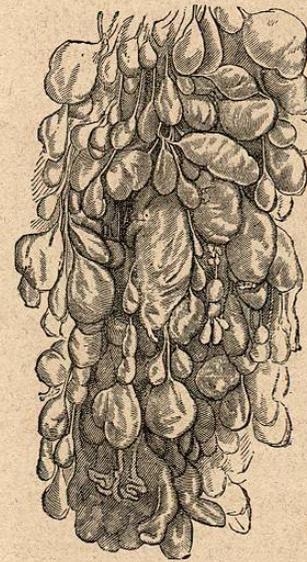


Fig. 84. — Dégénérescence hydatiforme du chorion.

grossesses gémellaires dans lesquelles un chorion a dégénéré, et l'autre est resté sain jusqu'à terme. D'un autre côté, on a dit que le point de départ de l'affection était dans l'organisme maternel. Virchow pense qu'elle a pour origine un état morbide de la caduque, tandis que d'autres l'ont attribuée à quelque dyscrasie du sang chez la mère, telle que la syphilis. Il y a bien des raisons pour croire que des causes de cette nature peuvent donner naissance à la maladie. Ainsi on l'a souvent observée plusieurs fois chez la même femme ; et des altérations analogues, mais limitées en étendue, sont fréquemment rencontrées sur le placenta et les membranes d'enfants vivants.

D'après cette théorie, la mort du fœtus est un phénomène secondaire, qui résulte de l'entrave apportée à la nutrition par le chorion malade. Il est probable que les deux opinions peuvent être justes ; la maladie suit quelquefois la mort de l'embryon, et parfois elle naît de causes maternelles obscures.

La dégénérescence des villosités choriales commence généralement à une époque voisine du début de la grossesse, avant que le placenta se soit formé. Dans ce cas, la surface entière du chorion est affectée ; mais la maladie peut commencer seulement après l'atrophie d'une grande partie des villosités choriales, et alors elle est limitée au placenta. L'épithélium des

Anatomie pathologique.

villosités paraît être la partie affectée la première, et l'intérieur des villosités malades se remplit de cellules. Leur tissu connectif subit une prolifération remarquable et se collecte en masse en des points particuliers, le reste de la villosité restant sain. Elle se laisse distendre par le développement de ces éléments; une partie des cellules se liquéfie, et le liquide intercellulaire ainsi produit écarte largement le tissu connectif, de façon à former un réseau dans l'intérieur de la villosité¹. Ainsi sont constitués les corps en forme de grappes qui caractérisent l'affection. Lorsque la dégénérescence a commencé, le tissu malade a une puissance remarquable de prolifération, de telle sorte qu'il forme quelquefois une masse aussi volumineuse que la tête d'un enfant, et pesant plusieurs livres.

La nutrition du chorion altéré est entretenue par ses connexions avec la caduque généralement malade et hypertrophiée. Quelquefois l'adhérence de la masse aux parois utérines est très-solide et peut entraver son expulsion; dans quelques cas rares, on a même vu les villosités se frayer un passage dans la substance de l'utérus, surtout à travers les sinus utérins, et causer ainsi l'atrophie et l'amincissement de son tissu musculaire. Des observations de ce fait sont relatées par Volkmann, Waldeyer² et Barnes, et il est évident que l'adhérence intime ainsi produite peut sérieusement augmenter la gravité du pronostic.

Si nous adoptons cette étiologie de l'affection, il est évident que nous en faisons un accident particulier à la grossesse, et il n'y a aucune raison sérieuse pour soutenir, ainsi que cela a été fait quelquefois, qu'elle peut se développer en dehors de la conception. Il est bien possible, toutefois, que de véritables entozoaires se forment dans la substance de l'utérus, et que leur expulsion par le vagin les fasse prendre pour une affection kystique, erreur s'accompagnant de soupçons non motivés sur la chasteté de la femme. Hewitt rapporte un cas dans lequel

1. Braxton Hicks, *Guy's hospital Reports*, vol. II, Third series, p. 133.
2. *Virchow's Archiv*, vol. XVII, p. 88.

Questions médico-légales.

de véritables hydatides originaires formées dans le foie s'étendirent au péritoine, et étaient sur le point de crever à travers le vagin au moment de la mort. C'était chez une femme non mariée. On relate aussi un ou deux autres exemples de véritables hydatides nées dans la substance de l'utérus. Un des plus intéressants a été observé par Hewitt¹; de véritables acéphalocystes furent expulsés de l'utérus d'une femme qui guérit ensuite. Un examen soigneux du kyste et de son contenu montrera sa véritable nature, et les têtes d'échinocoque, avec leurs crochets caractéristiques, seront reconnues à l'examen microscopique.

Il est encore possible de concevoir des soupçons mal fondés sur la moralité d'une femme qui expulserait une masse d'hydatides longtemps après l'imprégnation. On commettrait de sérieuses méprises, le fait se présentant chez une veuve ou chez une femme séparée de son mari. Ce point a été spécialement signalé par Mc Clintock², qui dit : « Les hydatides peuvent être retenues dans l'utérus pendant des mois et des années, il est possible qu'une portion seulement soit expulsée, le reste, formé d'une nouvelle masse de vésicules, étant rejeté plus tard. »

Les symptômes de l'affection kystique de l'œuf ne sont pas très-marqués. Au début, il n'existe aucune apparence d'état morbide; mais, à mesure que la grossesse avance, son cours normal est entravé. La santé générale est plus atteinte qu'elle ne devrait l'être, et les irritations réflexes, les vomissements, par exemple, peuvent être extrêmement développés. Le premier signe physique est l'augmentation rapide de la tumeur utérine, qui bientôt ne correspond plus au volume qu'elle doit avoir à la période supposée de la grossesse. Ainsi, au troisième mois, l'utérus peut être trouvé au niveau de l'ombilic ou au-dessus. Vers cette époque, il s'écoule un liquide aqueux, profus et sanguinolent, en plus ou moins grande quantité, et semblable à

Symptômes et marche.

1. *Obst. trans.*, vol. XII.
2. *Mac Clintock's Diseases of Women*, p. 398.

du jus de groseille. Il vient sans doute de la rupture et de l'expulsion des kystes, causées par des contractions utérines non douloureuses. Parfois, la quantité en est excessive; il reparaît avec une grande fréquence et fatigue extrêmement la femme. On peut trouver au milieu de l'écoulement des portions de kystes, expulsées de temps en temps en grandes masses. La découverte de ces débris est le seul signe diagnostique certain de la maladie. L'examen vaginal, avant que l'orifice ne soit dilaté, ne fournira aucun renseignement, excepté l'absence de ballonnement. Leishman attribue une grande importance à une dureté et une fermeté inaccoutumées de l'utérus, qu'il décrit comme « une sensation particulière, pâteuse, » et qui a été signalée par plusieurs auteurs. Le contour de la tumeur utérine est souvent irrégulier. En outre, on ne peut découvrir les signes ordinaires de la grossesse fournis par l'auscultation. Tout cela nous viendra en aide pour le diagnostic; mais rien, si ce n'est la présence de kystes dans le flux liquide et sanglant, ne pourra nous permettre de nous prononcer avec certitude sur la nature de la maladie.

Traitement.

Aussitôt que le diagnostic est établi, les indications du traitement sont formelles : débarrasser l'utérus de son contenu le plus tôt possible. L'ergot peut être donné avec avantage pour favoriser la contraction utérine et l'expulsion de l'œuf malade. S'il échoue, et surtout si l'hémorrhagie est considérable, les doigts, la main tout entière même devra être introduite dans l'utérus, et on enlèvera le plus possible de la masse. Lorsque l'orifice est fermé, il est indispensable d'en opérer la dilatation préliminaire par l'éponge, les tiges de laminaria, ou les sacs de Barnes, s'il est déjà un peu ouvert. Si le chloroforme est alors administré, le reste de l'opération sera facile. Il peut exister des adhérences solides entre la masse kystique et l'utérus; on évitera des tentatives trop énergiques pour leur déchirure complète. Toute hémorrhagie grave après l'opération peut être traitée par des lavages de la cavité utérine avec une solution de perchlorure de fer.

Sous le nom de *myxome fibreux*, Virchow¹ et Hildebrandt ont décrit une dégénérescence plus rare du chorion, caractérisée par une dégénérescence non vésiculaire, mais fibreuse, du tissu connectif du chorion. Elle est toutefois trop peu définie pour que j'entre dans de longs détails.

La pathologie du placenta a depuis longtemps attiré l'attention et elle a une grande importance pratique, à cause de ses effets sur l'enfant.

Les placentas varient considérablement de forme. Ils peuvent ressembler à un croissant, ou être étalés sur une surface considérable, lorsque les villosités choriales entrent en rapport avec une portion de la caduque plus grande qu'à l'état normal (*placentas membraneux*). Mais ces variétés n'ont qu'un intérêt scientifique. La seule anomalie de forme qui ait quelque importance pratique est celle qui sert à désigner le *placenta succentoria*. Elle consiste en une ou plusieurs masses séparées du tissu placentaire, et produites par le développement de lobes isolés de villosités choriales. Hohl croit qu'elles se forment toujours exactement à la jonction des parois antérieure et postérieure de l'utérus, qui au début de la grossesse est une simple ligne. A mesure que l'utérus s'étend, les portions de placenta de chaque côté de cette ligne deviennent séparées l'une de l'autre. La seule conséquence qu'elles puissent avoir, c'est de rester oubliées dans l'utérus après la délivrance, et de donner lieu à une hémorrhagie puerpérale secondaire. La forme rare de placenta double avec un seul cordon, figurée dans la planche suivante (fig. 85), a été probablement constituée de cette manière, et la portion supplémentaire, dans ce cas, peut facilement échapper à l'observation.

Les dimensions du placenta peuvent aussi varier. Quelquefois, il a un volume excessif, en général lorsque l'enfant est très-gros; mais il n'est pas rare qu'il soit en rapport avec l'hydramnios, l'enfant étant mort et flétri. Dans d'autres cas, il est remarquablement petit, ou au moins il paraît être ainsi. Ce-

1. *Monat. f. Geburt*, may 1865.

Myxome fibreux.

Pathologie du placenta.