

Grossesse ectopique et hématocele pelvienne.

GROSSESSE ECTOPIQUE

Le terme de *grossesse ectopique*, employé pour la première fois par *Robert Barnes*, me paraît le meilleur qui puisse être appliqué à l'intéressante affection dont nous allons nous occuper. Il en donne en effet une idée exacte et complète sans préjuger de sa nature.

La cavité utérine est le siège normal de toute gestation, mais une grossesse peut très bien être ectopique sans être *extra-utérine*; c'est, par exemple, le cas pour les variétés qu'on a appelées *interstitielle* ou *tubo-utérine*. Pour ma part je crois que l'on pourrait appeler *grossesses tubaires* toutes les gestations ectopiques, mais cela pourrait sembler hardi à ceux qui croient encore à la possibilité d'une grossesse *ovarienne*. Le mot ectopique peut s'appliquer indistinctement à ces différentes variétés et c'est pour cette raison que je l'adopte.

Indications bibliographiques. — La littérature sur ce sujet est considérable et la confusion qui y règne très grande. Deux ouvrages, pour des raisons différentes, méritent le premier rang, et je leur ai fait à tous deux d'importants emprunts. Le premier, celui du Dr *William Campbell*, professeur d'accouchement à Edimbourg, a été publié en 1842. Selon toute probabilité, l'auteur a réuni dans cet ouvrage tous les matériaux connus à cette époque; leur ensemble constitue une source précieuse de renseignements à laquelle bien des écrivains ont puisé plus tard sans la citer.

Campbell ne semble pas avoir possédé un grand esprit critique; dans tous les cas, son œuvre est bien confuse et par l'abondance des faits et par le peu d'ordre avec lequel ils sont présentés. De plus, ses notions de pathologie semblent avoir été des plus vagues, et il a fait preuve d'une crédulité excessive pour tout ce qui lui a été raconté. Quoiqu'il en soit, son livre marque une étape dans la littérature de notre sujet, en ce qu'il constitue le premier effort réel pour placer au rang qu'elle mérite une affection qui auparavant ne semble avoir été envisagée que comme une curiosité et non comme un des plus terribles accidents auxquels la femme puisse être exposée. L'auteur fait aussi l'histoire bibliographique complète du sujet et son livre est encore intéressant en ce qu'il nous montre comment il arrive souvent que des découvertes ont été faites, puis tombent totalement dans l'oubli.

Le livre du Dr *John S. Parry*, de Philadelphie, publié en 1876, est tout différent. Il est remarquable et par les savantes recherches, et par le grand sens critique de l'écrivain. Bien malheureusement ce jeune auteur, plein d'avenir, mourut l'année même de la publication et je ne puis regarder la fine et charmante figure, placée au frontispice de son livre, vis-à-vis de la lettre pathétique de son épouse désolée, sans être persuadé que nous avons perdu en *Parry* une des plus grandes lumières de notre temps en matière gynécologique. S'il avait vécu assez longtemps pour nous donner une seconde édition de son livre, les quelques lacunes existantes eussent été comblées et les quelques erreurs rectifiées. Il s'est surtout laissé tromper par les statistiques, point sur lequel je reviendrai tout à l'heure.

Étiologie de la grossesse ectopique. — J'ai déjà présenté ailleurs en détail mes idées sur le processus physiologique et sur le mécanisme de *l'imprégnation*, je reviendrai seulement ici sur les points les plus importants. L'utérus seul est le siège de toute conception normale; dès que l'ovule a subi l'influence

du spermatozoïde, il contracte des adhérences avec la muqueuse utérine. La principale fonction des cils vibratiles des trompes de Fallope est de prévenir l'entrée des spermatozoïdes, et de faciliter en même temps la marche de l'ovule vers son lieu normal d'incubation ; de plus les replis de la muqueuse utérine sont destinés à retenir l'ovule jusqu'à ce qu'il soit ou fécondé, ou expulsé. Ces idées étant admises, il nous est très facile de comprendre la véritable étiologie de la grossesse tubaire ; nous n'avons qu'à relire les travaux de Arthur *Johnstone* et de *Bland Sutton* pour nous rendre compte comment la salpingite desquamative arrive à transformer la surface muqueuse de la trompe en un état absolument analogue à celui de la surface utérine. Dans ces conditions, la pénétration des spermatozoïdes dans la trompe sera possible, l'arrêt de l'ovule dans ce même conduit sera inévitable et son adhérence immédiate aux parois tubaires sera aussi facile qu'à celles de l'utérus même. De sorte que la grossesse ectopique ou tubaire dépendra d'un processus ou d'un accident, qui, en transformant la surface muqueuse de la trompe de Fallope, aura rendu sa structure absolument analogue à celle de la muqueuse utérine.

Virchow a depuis fort longtemps déjà attiré l'attention sur le fait, qu'en examinant les pièces anatomiques dans les cas de grossesse ectopique, presque fatalement mortels lorsqu'il se produit une *rupture primaire*, l'on trouve presque toujours des traces d'ancienne pelvi-péritonite ; rien n'est en effet plus commun que de constater ces accidents inflammatoires dans l'histoire de ces malades, lorsqu'elles viennent réclamer nos soins.

Fait très important et presque constant, c'est que le plus grand nombre de ces femmes sont stériles depuis une période assez longue, et souffrent de dysménorrhée, ce qui indique que leur appareil génital est malade depuis un certain temps. Ainsi nous relevons souvent l'histoire, si fréquente pour les

affections tubaires, de complications consécutives au premier accouchement, consistant en symptômes pelviens bien nets, suivis plus tard d'une longue période de stérilité, et aboutissant en dernier lieu à une grossesse ectopique, se terminant par la rupture de la poche.

Dans mes observations cliniques de ces cas j'attache une importance diagnostique toute spéciale à cette période de l'histoire de mes malades. *Parry* avait déjà insisté sur cette particularité ; « les femmes, dit-il, qui deviennent enceintes d'un enfant se développant en dehors de la cavité utérine, montrent avant ce fait une inaptitude toute particulière à la conception. L'intervalle entre le mariage et la première imprégnation est souvent très long. Si la femme a eu des enfants, une longue période de stérilité précède généralement la grossesse extra-utérine. Il cite à l'appui de son opinion une longue liste d'autorités. Tous ces faits me confirment dans l'idée que la gestation ectopique est due à la destruction de l'épithélium cilié de la trompe et nous retrouverons d'autres faits, qui tous plaident en faveur de cette interprétation.

Nous n'avons en effet rencontré d'autre argument contraire que la croyance, encore trop répandue, que l'imprégnation s'accomplit d'habitude dans les trompes, éventualité basée uniquement sur l'interprétation erronée d'expérimentations sur des mammifères inférieurs. En effet, chez ceux-ci, des spermatozoïdes ont été découverts très haut dans les cornes de leur utérus bifide, et celles-ci ont été prises pour les trompes, ce qui constitue une erreur grossière. Les trompes de Fallope n'existent réellement que dans la série supérieure des animaux, chez ceux qui partagent avec l'homme le privilège de la station debout. Si nous acceptons cette théorie, la physiologie de la reproduction s'en trouve très simplifiée et la pathologie de la gestation ectopique nous devient intelligible. De plus je ne vois pas bien quelles autres idées pourraient se trouver d'accord avec les récentes découvertes de

M. Arthur Johnstone et de M. Bland Sutton, ni comment elles pourraient être conciliées avec les constatations sur la grossesse ectopique, obtenues par la chirurgie moderne.

Variétés et division des grossesses ectopiques. — Nous avons à présent à nous occuper des différentes variétés de grossesse ectopique, et je dois dire de suite que je me propose de rejeter toutes les classifications adoptées jusqu'ici, comme contradictoires avec les faits que j'ai pu observer et



Fig. 58. — Section transversale d'une trompe de Fallope normale, d'après SUTTON.

incompatibles aussi bien avec la pathogénie de la grossesse ectopique, telle que je l'ai exposée, qu'avec la physiologie de la gestation.

En envisageant l'utérus comme le seul siège de la grossesse normale, et en se rappelant le trajet que parcourt l'ovule et sur le parcours duquel il peut être fécondé par un processus anormal, on conclut que toute gestation ectopique doit au début être *tubaire*. Reste cependant la possibilité de l'imprégnation d'un ovule dans sa vésicule avant qu'il ait abandonné l'ovaire, hypothèse que je discuterai un peu plus loin.

Cliniquement, il faut distinguer deux espèces de grossesse tubaire, quoique pathologiquement elles soient identiquement semblables. Dans la première série de cas l'ovule fécondé devient adhérent à la paroi de cette partie de la trompe, qui est dépourvue de tissu utérin ; dans l'autre série l'ovule

se développe dans la partie de la trompe voisine de l'utérus, où se trouve encore du tissu de cet organe. Cette dernière variété a été appelée *interstitielle*, et je lui conserverai cette dénomination.

Du développement d'un ovule fécondé dans quelque segment que ce soit de la trompe, résulte nécessairement la rupture de celle-ci. Dans la variété dite *interstitielle*, la rupture s'effectue toujours, que nous sachions, dans la cavité abdominale et je ne peux imaginer une autre solution, quoique l'on ait prétendu avoir diagnostiqué des grossesses tubaires terminées par l'expulsion du produit par les voies génitales. De telles assertions peuvent être en toute assurance écartées d'une discussion sérieuse, car je n'ai jamais vu un cas ni une préparation de grossesse interstitielle, dont il eût été possible de faire le diagnostic différentiel avec une grossesse normale avant le moment de la rupture. Je croirai volontiers que les cas signalés ont été des erreurs de diagnostic plutôt que d'admettre la possibilité d'une rupture de l'utérus et la transformation d'une grossesse interstitielle en grossesse intra-utérine.

Qu'il me soit permis de dire à ce propos qu'ici, comme dans tout le reste de ce livre, je ne cite comme avéré aucun fait qui n'ait été vérifié par l'examen direct, soit après la mort, soit pendant la vie. Tout médecin, qui prétend avoir diagnostiqué une grossesse tubaire ou quelque autre lésion, et qui en décrit la marche en se basant simplement sur les symptômes ou sur les données imparfaites d'un simple examen pelvien, me laisse fort incrédule, et je n'accepte son témoignage comme argument valable que dans des circonstances tout à fait exceptionnelles. Les procès-verbaux d'autopsie, les pièces des musées pathologiques et les faits observés au cours d'une opération constituent des documents d'une tout autre valeur, et sont les seuls que j'aie l'habitude d'utiliser.

Dans les cas de grossesse tubaire interstitielle la rupture

du sac se produit, ainsi que je l'ai déjà dit et autant que nous savons, *constamment dans la cavité péritonéale*. L'époque de la rupture semble varier entre la troisième et la vingtième semaine, fait que je déduis uniquement des procès-verbaux *post mortem* et des pièces de musées, car je n'ai aucune expérience opératoire concernant cet accident et je n'en possède qu'un seul cas personnel.

Le développement de la grossesse ectopique dans la partie libre de la trompe a infailliblement pour conséquence la rupture d'une portion de sa continuité avant la quatorzième semaine, je crois même pouvoir dire avant la douzième semaine car parmi le nombre considérable de pièces que j'ai examinées je n'ai jamais constaté que la rupture ait été retardée au delà de ce terme, et je l'ai vu par contre se produire déjà dans le quatrième septénaire de la grossesse. Je propose d'appeler *rupture primaire* cette terminaison de la grossesse; elle constitue l'accident le plus désastreux qui puisse arriver à une malade.

Cette déchirure de la trompe peut se faire dans deux directions opposées :

- a) Dans la cavité péritonéale, terminaison fatale ;
- b) Dans l'épaisseur du ligament large.

Cette dernière constitue la variété de grossesse ectopique, que je propose de dénommer *extra-péritonéale*, qui a été désignée par *Dezeimeris* comme variété *sous-péritonéo-pelvienne* et qui à elle seule comprend tous les cas arrivant à la période de viabilité, tous les lithopédions, tous les kystes fœtaux se terminant par la suppuration et s'ouvrant alors dans la vessie, dans le rectum, etc., et de plus tous les cas où il se produit une rupture *secondaire* et qui prennent le nom de *grossesse abdominale*.

Telle est la classification des gestations ectopiques que j'ai proposée le premier en 1873. *Parry* la recommandait en faisant valoir qu'elle avait au moins le mérite de la simpli-

cité. Durant les quinze années qui se sont écoulées, je n'ai laissé perdre aucune occasion d'examiner des pièces de grossesses ectopiques et près d'une centaine de cas ont passé entre mes mains, directement ou indirectement, soit par des recherches *post mortem*, soit à la suite d'intervention chirurgicale et je n'ai pas trouvé un seul fait en contradiction avec les opinions que je viens d'énoncer et que nous allons discuter plus en détail. Au contraire ces idées sur le processus de



Fig. 59 et 60. — Coupes schématiques de la trompe de Fallope, représentant les deux directions dans lesquelles la rupture peut s'effectuer : 1. Dans la cavité péritonéale. — 2. Dans l'épaisseur du ligament large. — a. Caillot à l'endroit de la rupture. — b. Paroi de la trompe de Fallope. — c. Cavité du ligament large, dont les feuillets sont séparés par l'épanchement sanguin.

la gestation ectopique apportent l'harmonie là où tout était en désaccord, et la clarté où il ne régnait que la plus complète confusion.

Nous pouvons à présent essayer de construire un schéma, qui constituera un tableau généalogique de la grossesse ectopique.

**Tableau des diverses formes de gestation ectopique
et de leur terminaison.**

I. *Ovarienne*. — Elle est possible, mais non encore démontrée avec certitude.

II. *Tubaire*. — Dans la partie libre de la trompe. Elle est renfermée dans cet organe jusqu'à sa 14^e semaine; à ou déjà avant cette époque se produit la *rupture primaire* et dès lors la gestation suit son cours comme :

- | | |
|---|--|
| <p>1^o Gestation abdominale ou intra-péritonéale, généralement fatale (à moins qu'elle ne soit enlevée par laparotomie) soit par hémorragie, soit secondairement par suppuration de la poche et péritonite.</p> | <p>3^o Elle peut se développer complètement dans le ligament large, et être enlevée avec un produit viable.</p> |
| <p>2^o Gestation du ligament large ou extra-péritonéale (sous-péritonéo-pelvienne).</p> | <p>4^o Elle peut succomber et être alors résorbée comme hémato-cèle extra-péritonéale.</p> |
| | <p>5^o Après la mort du produit, il peut survivre la suppuration du sac, dont le contenu est alors expulsé soit par une fistule ombilicale, soit à travers la vessie, le vagin ou le tractus intestinal.</p> |
| | <p>6^o Le produit peut être transformé en lithopédion.</p> |
| | <p>7^o Elle peut devenir abdominale ou intra-péritonéale par rupture secondaire du sac.</p> |

III. Variété tubo-utérine ou interstitielle, incluse dans la partie de la trompe entourée encore de tissu utérin. Elle est, autant que nous savons jusqu'à présent, uniformément fatale par rupture primaire intra-péritonéale (comme 1^o), avant le 5^e mois de la grossesse.

Campbell et *Parry* ont rapporté quelques cas de grossesses contenues dans des sacs herniaires, mais, autant que je puis en juger d'après le peu de détails et la description insuffisante de ces cas, je crois qu'ils doivent être plutôt regardés comme des exemples de grossesses dans des utérus herniés que comme des faits de gestation ectopique.

Grossesse ovarienne. — La première division de notre

sujet d'après notre tableau est la *gestation ovarienne*, dont l'existence est fortement discutée. En parlant de cette variété je veux reproduire tout d'abord une citation de *Parry*, qui, quoique ne se rapportant pas à ce sujet, peut très bien lui être appliquée. « Les traités spéciaux d'accouchement, aussi bien que la littérature médicale périodique en produisent des descriptions absolument impossibles, qui ne servent qu'à égarer les recherches sur ce sujet ». Les théories régnantes sur le mécanisme de l'imprégnation ont naturellement toujours fortement influencé les idées des écrivains s'occupant des gestations ectopiques — je puis à cet égard citer mon propre exemple. — Ainsi nous voyons des savants du temps de *Haller* admettre que l'ovulation est excitée par le coït, et faire preuve de bien étranges notions sur les grossesses anormales. La croyance si répandue que les spermatozoïdes atteignent l'ovule dans ou sur l'ovaire et que l'imprégnation s'effectue à cet endroit, contribua, à la fin du siècle passé et au commencement du nôtre, à appuyer la théorie de l'origine ovarienne pour beaucoup de gestations ectopiques.

Hausman fit une série de recherches, qui furent regardées comme définitives et non seulement sa théorie a été universellement acceptée de son vivant, mais elle se retrouve encore dans nos traités actuels; car les auteurs se copient les uns les autres avec autant de fidélité que d'impudence. Mais si l'on relit attentivement les observations de *Hausman* — naturellement aucun de ceux qui ont écrit sur la matière n'aura même pensé à remonter au travail original — on trouvera que les recherches sur les différents animaux donnent des résultats si variables entre eux, qu'il devient absolument impossible d'appliquer ses résultats à l'espèce humaine. Sir *Edward Home* publia ensuite son mémoire dans les *Transactions of the Royal Society*; la croyance dans la grossesse ovarienne devint un véritable article de foi et elle resta telle jusqu'à ce que *Velpeau* eut poussé un cri d'incrédulité.