

**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 survenir 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.

Campbell lui-même en 1842 nous dit qu'il ne croit pas les cas de grossesse ovarienne aussi rares que ses prédécesseurs l'ont pensé; il cite *Velpéau* comme ayant examiné quatre de ces cas, avec l'aide de deux assistants compétents en la matière et ayant constaté que l'ovaire ne pouvait être incriminé dans trois de ceux-ci.

« Dans le quatrième cas par contre ils rencontrèrent une grande difficulté pour reconnaître que le produit de la conception, dont le volume ne dépassait pas celui d'une puce, siégeait non pas dans la substance de la glande, mais dans un kyste, situé entre le péritoine et la tunique propre de l'ovaire. »

A un autre endroit de son livre (p. 29), *Campbell* décrit comme grossesse ovarienne les trompes distendues et oblitérées d'une prostituée, de l'une desquelles il put expulser par la pression un corps ovalaire blanc de la grosseur d'un pois, composé d'une matière blanche visqueuse (certainement un ancien pyosalpinx). Plus loin, il cite une pièce, provenant d'une enfant de 13 ans adonnée à la masturbation, pièce consistant en un kyste dermoïde de l'ovaire gauche, comme se rapportant également à cette espèce de grossesse. En somme, *Campbell* fait preuve d'une crédulité telle, que sur ce point il ne peut être regardé comme sérieux. Il a néanmoins découvert un certain nombre de descriptions, qui doivent être acceptées comme authentiques, malgré leur extrême antiquité (1682, 1697, 1735 et 1767). Malheureusement les pièces se rapportant à ces cas ne peuvent être retrouvées, celle qu'il décrit comme se trouvant au musée de Würzbourg semble avoir disparu et à l'époque actuelle il n'y a pas une seule préparation exposée, qui puisse supporter l'épreuve d'une investigation critique.

Il est évident qu'il est impossible d'admettre un cas comme grossesse ovarienne, à moins que l'examen *post mortem* n'ait été fait, et même lorsqu'une telle recherche aura pu être

exécutée, elle n'aura de valeur et ne pourra être acceptée comme probante, que si elle a été relevée par un observateur compétent en la matière. L'utérus et les deux trompes devront être reconnus intacts, un ovaire sera présent, tandis que l'autre ne pourra être trouvé que sur la poche ovulaire; dans un cas pareil on devra avoir constaté *microscopiquement* dans la paroi du kyste la présence bien évidente de tissu ovarien.

Dans plusieurs cas, que j'ai disséqués, j'ai éprouvé une extrême difficulté à trouver l'ovaire correspondant, même lorsqu'il était parfaitement évident que le siège de la grossesse était dans une des trompes de Fallope. Même dans une de mes dissections je ne trouvai pas l'ovaire, quoiqu'il fût absolument certain que la grossesse était d'origine tubaire. Dans le mémoire de *Spiegelberg* il y a seulement un cas, dont les caractères distinctifs pourraient nous donner un certain degré de satisfaction et par conséquent je veux en citer les détails au complet.

Une laparatomie avait été faite dans des circonstances très difficiles, une péritonite existant déjà depuis quelque temps; la poche était devenue absolument adhérente au gros intestin et à la paroi droite du bassin. De chaque côté, les trompes étaient placées normalement, mais la gauche après un trajet de 7 centimètres, disparaissait dans les parois de son ligament large. La trompe droite suivait sur une largeur de 10 centimètres le bord supérieur du ligament large épaissi jusqu'à une poche qui était rattachée par le ligament de l'ovaire à l'ala vespertilionis de l'utérus; elle avait un diamètre de 10 centimètres et elle était affaissée. Après avoir atteint le sac, la trompe pouvait être suivie à sa surface sur un trajet de 22 centimètres et elle était perméable sur une largeur de 12 centimètres; pendant les 10 centimètres restants elle apparaissait sous la forme d'un ruban étroit et uni, couché sur la surface extérieure de la poche. Il existait dans son voisi-

nage un petit kyste dermoïde, situé dans la paroi même du sac et sans limites bien nettes. Le sac lui-même était formé de deux couches ; la couche externe était dense et épaisse, la couche interne fine et délicate ; elles pouvaient très bien être séparées l'une de l'autre. La membrane interne était le chorion, car elle avait la structure du placenta dans sa plus grande étendue, étant épaissie au fond de la poche et mince à la partie supérieure.

Spiegelberg conclut de ce qui précède que la poche contenant l'œuf était formée aux dépens de l'ovaire droit. Il ne put découvrir cet organe, mais il constata des éléments ovariens dans la paroi externe du sac.

Il est à relever en premier lieu, que l'examen *post mortem* est déclaré n'avoir pas été fait absolument selon les règles habituelles ; d'ailleurs je pense que, d'après la description de la trompe donnée ci-dessus, on peut aussi bien admettre la possibilité d'une grossesse siégeant dans le ligament large à la suite d'une rupture de la trompe à sa partie inférieure, que celle d'un cas de grossesse ovarienne. Le fait de la présence d'une tumeur dépendante de l'ovaire est prouvé par l'existence d'un kyste dermoïde. Ceci seul expliquerait déjà la distribution assez étendue des éléments ovariens dans la paroi du sac et, comme *Spiegelberg* ne prétend pas avoir trouvé ces éléments histologiques sur toute la paroi de la poche, je crois que même pour l'interprétation de ce cas, nous avons le droit d'être quelque peu sceptiques. Néanmoins j'admets franchement que la qualité de l'observateur et le soin manifesté avec lequel il a procédé à toutes ces constatations puissent faire admettre que ses conclusions soient absolument correctes et justifiées.

Dans un mémoire publié sur ce sujet par M. *Puech* se trouve décrit un cas, dans lequel la trompe de Fallope gauche, comme la droite d'ailleurs, était fixée par adhérence derrière l'ovaire, mais son trajet était resté perméable. Son pavillon était obli-

téré en grande partie, mais non complètement et il admettait le passage d'une sonde. L'ovaire gauche mesurait 46 millimètres de long, 26 millimètres de large et 18 millimètres d'épaisseur. Il contenait des follicules de Graaf à différents états de développement, le plus volumineux mesurant 8 millimètres de diamètre. A l'extrémité extérieure de l'ovaire se trouvait placé un corps rond du volume d'une grosse cerise, dont le diamètre le plus large était de 20 millimètres tandis que le plus étroit était de 12 millimètres. Sa capsule était transparente et parcourue par un réseau de vaisseaux bien visibles. On observait sur un point une coloration violette foncée du volume d'une lentille et autour d'elle la capsule était plus épaisse. Sur tout le reste de la surface on voyait par transparence une substance jaunâtre, renfermée dans le kyste.

En incisant cette poche à l'aide des ciseaux on trouva une proéminence à surface villeuse, attachée à l'endroit où la coloration était plus foncée, tandis que sur le reste de la surface une membrane de un demi-millimètre d'épaisseur pouvait être facilement détachée de la paroi du kyste. Cette proéminence villeuse était pourvue de larges vaisseaux et elle présentait une forme demi-ellipsoïde de 11 millimètres sur 10 millimètres. En incisant cette boule à l'aide de ciseaux à cataracte on trouva une cavité contenant un liquide clair, fluide, dans lequel flottait un embryon sous la forme d'un corps vermiforme, incurvé, long de 1 millimètre et renflé à une de ses extrémités. Il était enveloppé dans une membrane très délicate, par laquelle il était relié au soi-disant chorion.

Il est évident que dans ce cas toute conclusion dépendra absolument de la certitude que ce corps vermiforme, long de 1 millimètre, ait été véritablement un embryon. Il est possible que c'en fût un, mais certainement nous n'avons aucune preuve établie pour cette opinion ; et, quoique je ne possède aucun moyen pour combattre cette assertion, je reste très sceptique quant à son acceptation. Si c'était un embryon, il

ne peut avoir eu qu'une existence de quelques heures et dans ce cas on ne pourrait guère s'attendre à trouver l'état des parties défectueux à un degré tel, que le pavillon de la trompe, la partie la plus importante pour tout l'acte de l'imprégnation, fut endommagé au point d'être, comme le décrit M. *Puech*, presque fermé et fixé par des adhérences en arrière de l'ovaire.

On pourrait s'attendre, au moins, à ce que cette adhérence existât au niveau du siège de la rupture, mais justement il est nettement indiqué qu'il n'en était pas ainsi.

J'ai vu tant de choses bizarres dans des kystes et dans des follicules ovariens, que je suis très peu disposé à admettre, comme démontré d'une manière concluante, que ce corps vermiforme ait été un véritable embryon.

Le professeur *Arthur Willigh* a publié en 1850 un mémoire très important, dans lequel il fait ressortir que l'examen microscopique est absolument nécessaire pour déterminer la réalité d'une gestation soi-disant ovarienne (1). A la suite de ses recherches, il conteste énergiquement l'évidence d'un certain nombre de préparations, qui ont été dans les différents musées étiquetées sous le nom de grossesse ovarienne, une entr'autres à laquelle est attachée la grande autorité du nom de *Kiwisch*.

Cette preuve histologique fait défaut, par exemple, dans le cas cité par le Dr *Walter* de Dorpat (2). Ici le seul témoignage est uniquement le fait que l'ovaire droit était transformé en une tumeur longue, dont l'axe longitudinal était dirigé dans la même direction que le corps d'un enfant adulte, et qu'aucune trace de l'ovaire correspondant ne peut être découverte; mais on désirerait une preuve plus convaincante, que celle donnée ici, pour admettre que cette tumeur était de structure ovarienne.

Nous savons parfaitement qu'une tumeur kystique peut

(1) *Vierteljahrbuch für praktische Heilkunde*.

(2) *Monatschrift für Geburtshülfe*, avril 1852.

augmenter indéfiniment le volume d'un ovaire, mais nous pouvons toujours déterminer, à l'aide du microscope, l'origine de la tumeur. La pièce de *Walter* est encore au musée de Dorpat, et je désirerais beaucoup que son examen microscopique fût fait avec le soin qu'elle comporte.

Un grand nombre de cas ont été publiés récemment sous le titre de grossesse ovarienne, et ils nous sont présentés de la façon la plus insouciant. Les plus absurdes de ceux-ci se trouvent dans le dernier volume des *American Gynecological Transactions* où, entr'autres, une superbe tumeur dermoïde est décrite comme une grossesse ovarienne.

Une autorité en matière obstétricale, *Hildebrandt*, de Berlin, a même publié en 1864, comme un fait de grossesse ovarienne, un cas où une certaine quantité de débris fœtaux fut expulsée par le rectum et fut suivie de la guérison de la malade, tout ceci sans nous donner une preuve quelconque du siège qu'il attache à cette grossesse. Le fait seul de l'élimination du produit par la voie rectale peut déjà nous amener à conclure que le siège de la gestation était la cavité du ligament large et, à l'origine, la partie libre de la trompe.

La même critique peut encore s'appliquer à un autre cas, sur lequel le Dr *Parry* insiste tout particulièrement; le procès-verbal d'autopsie est parfaitement satisfaisant, sauf qu'il ne fournit aucune preuve pour « que la substance, du volume d'une abeille, qui s'échappa dès que l'on fit une incision dans l'ovaire, agrandi jusqu'au volume d'un petit œuf de poule », fût bien réellement un fœtus de 6 à 7 semaines, comme le croit *Parry*. En somme c'est un travail interminable que de parcourir les nombreux cas relatés comme appartenant à cette espèce de grossesse et pas un seul de ceux-ci n'a été soumis à la critique sévère sans laquelle on ne saurait maintenir le diagnostic de grossesse ovarienne et la possibilité de cette grossesse.

Parry ajoute (page 38) : « Quels que soient les doutes qui

aient existé précédemment, ils doivent être écartés depuis que *Granville* a publié son observation de cette variété de grossesse ectopique ». Or, si l'on remonte à la description et à la planche originale, on trouve que *Granville* a simplement représenté un petit kyste avec son contenu gélatineux, cas des plus fréquents. Il n'existe aucun fœtus, ni rien qui offre avec un fœtus la plus légère ressemblance; cependant Sir *Charles Clarke* lui a assuré qu'il existait autrefois un embryon suspendu à un rudiment de cordon ombilical, d'ailleurs encore visible. Par conséquent le cas de *Granville* n'a pas plus de valeur qu'aucun des autres déjà mentionnés.

Parry termine son chapitre sur ce sujet, en disant que les autorités compétentes sont en faveur de la possibilité de la grossesse ovarienne. J'admets sa possibilité, car on peut très bien imaginer un cas, où une trompe de Fallope, dépourvue de son épithélium cilié à la suite d'un processus inflammatoire, devient adhérente à l'ovaire et permet ainsi la rencontre des spermatozoïdes avec un follicule s'étant développé, puis rompu à l'endroit même de l'adhérence. De cette façon l'ovule pourra être fécondé avant sa sortie du follicule, il deviendra adhérent à sa paroi et il s'y développera par la suite. Mais il faut un tel concours de circonstances pour qu'un pareil cas puisse se présenter, que les chances en sont bien faibles et sa possibilité peut être regardée comme presque aussi improbable que la naissance d'un lion bleu ou d'un cygne à deux cous, comme une monstruosité héraldique et une simple curiosité pathologique. En somme elle n'aurait aucune espèce d'intérêt clinique ou d'importance pratique autres que ceux que nous avons reconnus aux grossesses produites dans la partie libre de la trompe. Nous pouvons donc regarder comme futile toute discussion plus étendue sur la grossesse ovarienne. Si elle doit se produire ce sera une grande rareté et une simple curiosité; si non, il n'en sera que mieux.

Grossesse ovaro-tubaire. — Je n'ai pas l'intention de dis-

cuter tout au long toutes les variétés de la gestation ectopique qui ont été proposées par les auteurs, mes prédécesseurs, car en agissant ainsi, j'introduirais seulement dans la discussion des éléments de confusion, que je tiens avant tout à éviter. Je dirai simplement que cette seconde variété de grossesse tubaire provient de l'adhérence de l'ovule fécondé à la paroi de cette partie de la trompe, qui est située en avant du pavillon. Il n'y a néanmoins aucun doute que le pavillon puisse devenir lui-même le siège de la gestation et je suis tout disposé à accepter une sous-variété, que nous appellerions ovaro-tubaire, comme étant fort possible. Elle se présentera dans les cas nombreux où le pavillon, étant devenu adhérent à la surface de l'ovaire, entre en rapport direct, après la rupture d'un follicule placé à cet endroit, avec la substance ovarienne même.

J'ai vu un grand nombre de kystes tubo-ovariens s'étant développés de cette façon. Je n'ai jamais observé quelque chose d'analogue à cette variété de grossesse, par conséquent, tout en en admettant parfaitement la possibilité, je ne puis en parler *de visu*.

On doit par contre comprendre que cette variété, si elle est acceptée, sera bien différente de la variété dite *ovarienne*, car la condition essentielle à la production de cette dernière est que l'ovule se développe dans l'ovaire même, la trompe restant libre et non adhérente à celui-ci.

Grossesse abdominale. — Je ne puis admettre la supposition, qu'un ovule fécondé puisse croître et se développer dans la cavité péritonéale, car le pouvoir d'absorption du péritoine est si extraordinaire, qu'un ovule, même fécondé, n'y trouve aucune chance de développement. Tout ce qui a été décrit sous le nom de grossesses abdominales sont évidemment des cas exceptionnels, dans lesquels la rupture primaire à la fin du troisième mois n'a pas été fatale, et dans lesquels le placenta expulsé a contracté par lui-même des adhérences viscérales

à l'endroit où il est arrivé. Il peut se faire encore que ce soient des cas, dans lesquels la *rupture secondaire* de la poche fœtale, formée aux dépens du ligament large, a converti en grossesse intra-péritonéale une gestation ectopique, qui s'était primitivement développée en dehors de cette cavité. La première de ces éventualités est certainement de beaucoup la plus fréquente et ceci m'a été prouvé jusqu'à l'évidence par les opérations que j'ai pratiquées; car j'ai vu la trompe rompue quelques jours après la catastrophe, contenant encore la plus grande partie du placenta, tandis que les villosités de la por-



Fig. 61. — c) Villosités placentaires, attachées à la paroi musculaire de la trompe de Fallope et ayant amené son amincissement; b) Sinus de sang maternel. (Dessin exécuté par R. TSCHELMANN, d'après une coupe faite par BERRY Hart.)

tion expulsée avaient déjà commencé à pousser des prolongements sur l'intestin, la vessie, le fond de l'utérus et sur les plis de l'épiploon. Je détachai ces villosités de leur lieu d'insertion et plusieurs entraînent avec elles des légers fragments de leur lit, en laissant derrière elles des cavités saignantes.

Barry Hart a donné la meilleure preuve de cette éventualité, en réussissant à injecter un placenta qui avait été ex-

pulsé de la trompe rupturée et qui avait contracté ces étranges et exceptionnelles adhérences. Je donne ici la reproduction d'une de ses préparations qui font voir si nettement le processus.

En me basant sur la situation et sur les rapports de l'extrémité libre de la trompe, je suppose qu'une grossesse tubo-ovarienne ou développée dans le pavillon même, devra nécessairement et toujours se terminer par une rupture dans la cavité péritonéale. Je crois que cette dernière s'effectuera à la même époque que pour la gestation ectopique tubaire ordinaire, c'est-à-dire dans le cours de la treizième ou de la quatorzième semaine. Néanmoins je ne vois cliniquement aucun avantage à multiplier encore davantage le nombre des subdivisions des grossesses tubaires.

Grossesse tubaire. — Quelles que soient d'ailleurs les différentes opinions sur ce sujet, un fait est actuellement certain: c'est que de beaucoup le plus grand nombre des cas de gestation ectopique sont d'origine tubaire. Pour ma part, je crois qu'ils le sont tous et c'est en cette assertion que consiste la nouveauté de mes idées sur ce sujet.

Je n'ai même aucune difficulté à croire qu'une grossesse primitivement tubaire peut être, après la rupture, complètement expulsée par la trompe, celle-ci se rétracter et se cicatrifier, tandis que la grossesse se développera et suivra son cours dans la cavité péritonéale (*Dezeimeris*). Un cas de ce genre est l'observation remarquable de *Matichi* (1), où l'utérus et les annexes étaient intacts et où le lieu d'insertion du placenta était presque uniquement épiploïque.

Ayant vu moi-même toutes les différentes étapes que doit parcourir un cas semblable, je suis certain de sa possibilité et la grande rareté d'observations identiques (celle que je rapporte ici est je crois unique) indique seulement combien

(1) *Monatschrift für Geburtshülfe*, Mai 1880.