

« Dans le cas cité par cet auteur, chez une multipare examinée plusieurs fois, il diagnostiqua une grossesse extra-utérine. L'enfant était vivant et arrivé à terme. La malade refusa la laparotomie : il survint des phénomènes de faux travail, l'expulsion de la caduque puis quelques symptômes de péritonite, auxquels la malade succomba. L'incision abdominale fut pratiquée de suite ; l'enfant qui pesait 3,800 grammes fut extrait vivant, mais il fit seulement 3 ou 4 respirations et mourut. Le jour suivant, à l'autopsie de la mère, on trouva dans la cavité abdominale environ 2,500 grammes de liquide épais, mais nulle part on ne put découvrir de membranes fœtales. Il existait néanmoins une poche, qui enfermait le fœtus de toutes parts, mais les parois de cette cavité étaient formées de fausses membranes d'environ 4 à 5 millimètres d'épaisseur et qui cachaient les parois abdominales antérieure, postérieure et latérales, et recouvraient les intestins grêles, le colon ascendant, le colon descendant, etc. On trouvait, sur la surface interne de cette poche, un certain nombre de brides, les unes épaisses, les autres minces qui s'étendaient d'une paroi à l'autre. Une masse volumineuse, qui renfermait le placenta, était située dans la fosse iliaque interne et se continuait dans le petit bassin du côté droit. Quelques vaisseaux très dilatés, atteignant le volume d'une plume de corbeau, étaient situés près de ce placenta. Le cordon ombilical, partant du fœtus, formait une anse autour de l'utérus et pénétrait par un orifice circulaire, d'environ un centimètre et demi de diamètre, dans une cavité, dont les parois étaient lisses et polies ; la surface fœtale du placenta limitait cette cavité, dans laquelle le doigt pouvait pénétrer facilement. En dehors de l'orifice, autour du cordon on trouva des débris de membranes ovulaires ridées, de coloration brune jaunâtre et datant des premiers mois de la grossesse. L'existence des restes d'un kyste du ligament large démontre clairement ici le fait de la *rupture secondaire* ».

Minceur anormale des parois utérines. — Dans le cas de *Jessop* rien n'a été plus facile que le diagnostic, et pourtant il y a là une source d'erreurs, que j'ai rencontrée plusieurs fois et dont aucune autorité que je sache, sauf *Parry*, n'a fait encore mention. Voici ce qu'il dit page 103 de son livre :

« Je rencontrai il y a quelques années un exemple de grande minceur des parois abdominales qui fut excessivement curieux. J'avais été mandé par le Dr *E. W. Watson* pour examiner une jeune dame et me prononcer sur la nature d'une tumeur abdominale, qui avait atteint le volume d'un utérus gravide de 7 mois 1/2 à 8 mois. En palpant l'abdomen

distendu je sentis un fœtus, qui me parut être directement sous mon doigt, contre lequel il rebondit immédiatement. Il était si superficiel, qu'il était tout à fait impossible de croire qu'il y eût autre chose que la peau de l'abdomen, interposée entre la main et l'enfant vivant ».

Il est clair, que dans des conditions pareilles nous devons avoir non seulement un amincissement des parois abdominales, mais encore un défaut de développement du tissu utérin ; et les quelques cas que j'ai rencontrés, où l'arrêt de développement était si prononcé, que la paroi utérine n'était pas plus épaisse qu'un simple pli d'intestin, constituent certainement une des curiosités de mon expérience pratique. Dans un cas de la clientèle de *M. Langley Browne*, de West Bromwich, nous trouvâmes un utérus extrêmement mince et placé en rétroversion. Dans d'autres cas encore les parois étaient aussi très minces et en plus il existait généralement des latéoflexions ou rétroflexions ; mais dans ces cas un peu de patience mettait toujours fin aux doutes du diagnostic.

Si je rencontrais un cas où il existât des symptômes urgents, je n'hésiterais pas à employer la sonde ou mes dilateurs, s'il y avait nécessité ; car ce qui pourrait m'arriver de pire, au cas où il y aurait eu erreur, serait de provoquer un travail prématuré. Cette condition d'extrême minceur des parois utérines, dans le cas de grossesse, d'ailleurs absolument normale, est un point de l'obstétrique qui n'a pas encore attiré l'attention qu'il mérite. Il se rencontre néanmoins assez fréquemment pour être une source de difficultés et même de danger ; je me propose donc de dire quelques mots sur ce que j'ai pu remarquer à propos de cet incident, j'espère ainsi attirer l'attention de quelque spécialiste accoucheur, qui sera à même de s'en occuper plus longuement et plus attentivement.

J'ai présents à la mémoire huit cas, pour lesquels j'ai été consulté pour une soi-disant grossesse extra-utérine et dans

lesquels il n'existait qu'une extrême minceur des parois utérines. Je n'ai pas pris d'observations pour trois de ces cas, mais pour les autres j'ai des notes et des renseignements plus exacts. Les détails sont à peu près les mêmes pour tous ces cas. Les symptômes ordinaires de grossesse existaient dans tous, sauf pour un seul où il subsistait quelque doute sur son existence.

Le plus souvent, la question se posait ainsi : l'enfant est-il dans la cavité utérine ou en dehors de celle-ci ? et parfois elle était si difficile à résoudre que j'avais quelque peine à persuader aux collègues, qui m'amenaient leurs malades, que la position de l'enfant était normale. Sauf dans un cas, — celui que je vis avec le Dr *S. Whitwell*, à Schreswsbury, — il y avait une absence manifeste de liquide amniotique, de sorte que tous les mouvements de l'enfant pouvaient être vus et sentis de la manière la plus évidente. Au toucher le doigt arrivait sur la partie du fœtus qui se présentait comme si elle avait été située immédiatement sous la muqueuse ; et c'est seulement après un examen attentif et minutieux, que le col utérin effacé put être découvert, étalé sur le corps de l'enfant.

Tous ces cas, sauf une exception, n'avaient pas atteint le septième mois. Dans le cours des huitième et neuvième mois, les parois utérines s'épaississent, la quantité de liquide amniotique augmente, et ces grossesses se terminent par des accouchements absolument normaux.

J'ai vu récemment un cas, qui fait pourtant exception à cette règle générale, car la grossesse était arrivée au huitième mois. Le toucher vaginal démontrait nettement que la grossesse était utérine, tandis que, d'après l'apparence seule de l'abdomen, on aurait conclu inévitablement à la présence de l'enfant au milieu des intestins.

Je tire ces renseignements du cas de M. *Langley Browne*, et d'un autre suivi par le Dr *Hill Norris*, qui assista la femme

au moment de son accouchement. Dans le cas du Dr *Whitwell*, il existait une grande poche, à parois très minces, à travers laquelle on sentait très distinctement l'enfant qui était aussi mobile que s'il se fut trouvé tout à fait libre dans la cavité abdominale. Mon confrère m'écrivit plus tard « que la femme se portait fort bien ; quelque temps avant la fin de la grossesse le fœtus devint beaucoup plus fixe, probablement par suite de l'augmentation d'épaisseur des parois utérines et aussi du développement de l'enfant ; l'accouchement fut normal et sans aucune hémorrhagie consécutive ».

Diagnostic différentiel de la grossesse ectopique. — Les affections, avec lesquelles la grossesse extra-utérine peut être confondue avant la mort de l'enfant, sont :

a) Le déplacement de l'utérus gravide normal pendant les premiers mois d'une grossesse compliquée de fibro-myome ou de tumeur kystique de l'utérus ;

b) Plus rarement, la grossesse située dans une moitié d'un utérus bicorne.

Dans un cas, que je vis avec le Dr *Ross*, de Wakefield, je posai le diagnostic, soit de grossesse extra-utérine, soit d'utérus bifide avec grossesse dans une de ses cornes ; il se trouva que cette dernière hypothèse fut réalisée. Nous trouvons fréquemment des déplacements latéraux considérables de l'utérus gravide, principalement chez les femmes non mariées et envoyées chez le spécialiste pour des causes toutes différentes. Mais ce sont surtout les cas où l'on est consulté après la mort de l'enfant, ou à une époque déjà éloignée du terme de la gestation, que l'on rencontre les plus sérieuses difficultés pour établir le diagnostic de grossesse ectopique. Il faut d'abord écouter avec soin l'histoire de la grossesse supposée, racontée par la malade, et des événements qui survinrent au moment de l'accouchement attendu ou après cette époque. Un fait bien particulier, et qui vient à l'appui des idées que j'ai soutenues sur la pathologie de la grossesse tubaire, c'est que le

plus souvent la grossesse ectopique se rencontre chez des femmes qui, ou bien n'ont pas eu d'enfants auparavant, ou bien sont stériles depuis plusieurs années.

Ce point est donc important à noter. Les autres indications qui ont de l'importance pour établir le diagnostic, sont l'arrêt subit des règles, l'augmentation graduelle du volume de la poche fœtale, l'apparition des symptômes d'un commencement de travail vers la fin du neuvième mois, suivi d'une *diminution consécutive dans le volume de la tumeur*. De toutes ces indications, la dernière seule a l'importance d'un signe caractéristique; mais on doit toujours se rappeler que l'histoire de la malade, même complète, ne pourra jamais assurer un diagnostic que s'il se trouve confirmé par des signes physiques bien nets. J'ai établi ce fait comme règle générale depuis une observation remarquable, que je publiai en détail dans les *Mémoires de la Société obstétricale de Londres*, de 1874. Pour ce cas j'avais d'abord diagnostiqué une tumeur ovarienne double, mais je fus complètement induit en erreur par une histoire que la malade me raconta à la suite de l'examen. Trois ans auparavant elle s'était crue enceinte, car sa menstruation avait cessé pendant huit mois, son abdomen avait augmenté de volume, ses seins s'étaient gonflés. Elle affirmait avoir perçu souvent les mouvements de l'enfant et en somme elle avait relevé tous les symptômes éprouvés pendant ses sept grossesses précédentes. Un jour, dans la rue, elle fut saisie de douleurs, tout à fait pareilles à celles de l'accouchement; elles durèrent quatre heures. Elle n'en fut aucunement surprise, croyant à un commencement de travail. Elle eut la sensation d'une tête d'enfant qui s'engageait dans le bassin; après quelque temps elle éprouva une sensation différente, comme si la pression se continuait en arrière et passait dans le ventre; puis les douleurs cessèrent et le volume de la tumeur resta tel quel. Elle n'eut aucune perte à l'occasion de ce faux travail. Depuis cette époque jusqu'au moment où je

vis la malade, elle était absolument certaine qu'il ne s'était produit aucune diminution dans le volume de sa tumeur, l'augmentation avait été insignifiante s'il y en avait une.

Les signes physiques étaient ceux de tumeurs multiloculaires des deux ovaires, je n'ai pas à les décrire ici. Mon diagnostic primitif fut confirmé au moment de l'opération, qui eut un plein succès. Je tirai de ce cas la leçon suivante: c'est qu'il ne faut accorder que peu de confiance aux histoires des malades, lorsqu'elles ne se trouvent pas en harmonie avec les signes physiques. Je dois ajouter que je n'ai jamais rencontré de femme absolument indemne d'une teinte d'hystérie; celle-ci, étant illettrée, ne pouvait avoir recherché les symptômes qu'elle décrivait dans les livres. Les points les plus remarquables de son histoire étaient l'arrêt de la menstruation pendant huit mois et l'histoire complète des symptômes de son travail et je pus obtenir sur tous ces points la confirmation de son dire.

Il est singulier que dans la plupart des cas de grossesse ectopique qui arrivent au delà de la période normale, il se produise des douleurs reproduisant la physionomie du travail de l'accouchement; ce fait vient à l'appui de l'opinion qui veut que la cause du mécanisme initial des douleurs ne soit pas à chercher dans l'utérus, ainsi qu'on l'admet généralement. Il a été signalé pour la première fois en 1652 (1) par *Vassal*, et a été depuis constaté par tous les auteurs qui ont parlé de cas semblables; dans l'un d'entre eux, relaté dans les *Mémoires de la Société médicale de Londres* en 1789, le travail dura huit jours, et la laparotomie fut alors pratiquée. L'enfant était mort, et le placenta ayant été enlevé en même temps, la malade mourut en quatre heures. *Campbell* donne une grande quantité de renseignements intéressants sur ce point et sur d'autres, et il est à remarquer qu'il cite une longue liste d'observations (2), où il est noté spécialement que,

(1) *Philadelphia Transactions*, vol. V.

(2) *Campbell* critique vivement l'appréciation suivante d'un vieux praticien que

jusqu'au moment du faux travail, aucun trouble ne s'était présenté qui ait pu faire supposer à la malade que sa grossesse n'était pas normale. Dans le cas dont je viens de parler, ce qui contribua le plus à m'induire en erreur, ce fut la suppression des règles. L'analyse des observations relatées par *Campbell* est, pour ce qui concerne spécialement cette question, digne d'être citée en entier; elle démontre combien peu on peut se fier aux racontars des malades.

« Dans bien des cas de grossesse ectopique les règles étaient supprimées; néanmoins elles persistaient fréquemment pendant les premiers mois; dans quelques cas elles apparurent irrégulièrement; elles furent tantôt profuses, tantôt assez peu abondantes. Dans quelques cas, à des périodes indéterminées de la grossesse, nous rencontrons des hémorrhagies, des épanchements sanguins, la formation de caillots, l'expulsion de corps étrangers ressemblant à des moles ou à des débris de placenta. Ces phénomènes ont pu faire supposer que la femme avait avorté, que l'œuf était placé à l'origine non pas en dehors, mais bien à l'intérieur de l'utérus, puis qu'il avait échappé à travers une fente de la matrice dans la cavité péritonéale et que le corps expulsé devait être regardé comme le placenta. Les cas qui furent signalés par de violentes douleurs utérines, provoquées par quelque effort ou quelque traumatisme, sont ceux qui s'accompagnaient le plus souvent de ces derniers phénomènes. »

Les points faibles dans l'histoire de ma malade étaient justement ceux auxquels je n'attachai pas une attention suffisante et ce sont les seuls auxquels nous devons accorder une certaine importance, à savoir qu'elle n'éprouva *aucun frisson*

je crois être *Hamilton*. « Les collègues, dit-il, qui ont eu l'occasion de porter quelque attention sur ce sujet m'excuseront, si je ne puis pas partager l'avis d'un vieux praticien, qui s'imaginait qu'il y avait quelque chose de très caractéristique dans les plaintes de la malade, et qu'il suffisait au médecin de les entendre pour pouvoir se prononcer de suite et être à même de diagnostiquer le cas comme une variété de grossesse extra-utérine. »

pendant le faux travail et qu'après celui-ci le volume de la tumeur *n'avait pas diminué*. Après avoir lu, je pense, tout ce qui a été écrit sur ce sujet, j'ai pu me convaincre que ces deux phénomènes sont constants dans la grossesse extra-utérine qui a dépassé le moment de l'accouchement. Le premier est dû à l'excitation et à la congestion générales des organes intéressés, spécialement à l'augmentation de l'utérus, et le second est déterminé par la résorption du liquide amniotique après la mort de l'enfant.

L'arrêt complet de la menstruation pendant la période correspondante à une grossesse normale est loin d'être une condition constante. Et même si c'était le cas, il n'aurait d'ailleurs, comme les autres signes qui l'accompagnent, gonflement des seins, pigmentation des aréoles, développement des tubercules de Montgomery, malaises et vomissements, etc., pas d'autre signification que de faire *supposer* une grossesse.

Quelquefois il se produit des métrorrhagies, dues à l'augmentation de volume et à l'état de vacuité de l'utérus; ce symptôme pourrait faire porter le diagnostic de myome utérin. *Parry* a examiné longuement ce point dans les nombreuses observations qu'il nous présente et il nous dit que « l'utérus, à l'exception de quelques rares exemples, subit des modifications importantes, aussi bien dans sa structure que dans son volume. On a trouvé que son développement pouvait varier depuis le double d'un utérus normal jusqu'à un utérus gravide de quatre mois ».

Après la mort de l'enfant les signes d'auscultation sont naturellement absents en général; néanmoins dans un de mes cas où l'enfant était certainement mort, le souffle placentaire put être entendu à ma première visite, mais il avait complètement disparu à la seconde, dix heures après, signe qui contribua à confirmer mon diagnostic.

Un caractère *invariable* de la grossesse extra-utérine avant,

comme après la mort de l'enfant, est que l'utérus est lié intimement à la tumeur, généralement en avant de celle-ci; il est peu mobile et toujours augmenté de volume avant la mort de l'enfant; il en est de même après, si le placenta est attaché, comme c'est généralement le cas, à la paroi postérieure du fond de cet organe. Un point très important est que le col est toujours tout à fait ouvert, dans mes cas il permettait presque l'introduction du doigt. Dans des circonstances pareilles, et si les bruits du cœur fœtal peuvent être perçus, le diagnostic est des plus clairs. Sinon, les caractères de la tumeur doivent être examinés avec le plus grand soin. Si l'examen de la malade est fait peu après la mort de l'enfant, la tumeur sera tendue; on y percevra un ballotement plus ou moins obscur et il est fort possible que l'on puisse reconnaître quelque partie fœtale par l'examen rectal, vaginal ou abdominal. C'est à ce moment que l'on rencontre les plus grandes difficultés pour le diagnostic et *Parry* les a si bien rassemblées, que je ne puis faire mieux que de répéter ce qu'il a dit sur ce sujet:

« Si la malade n'arrive en observation qu'après la mort de l'enfant, le diagnostic d'une grossesse extra-utérine peut être très difficile. Plusieurs années peuvent s'être écoulées avant que la femme réclame nos soins. Il est certain que lorsque la poche s'est ouverte dans la vessie, dans les intestins, le vagin, ou bien qu'une fistule s'est produite à travers les parois abdominales, on n'aura que peu ou point de peine à arriver à un diagnostic exact.

« La difficulté n'apparaîtra que lorsque la poche n'est pas encore rompue, ou que, s'étant ouverte dans la vessie ou dans le rectum en dehors des régions que l'on peut atteindre, elle n'aura rien évacué de son contenu solide et caractéristique. Dans ces circonstances une conclusion exacte peut être obtenue en étudiant avec le plus grand soin l'histoire clinique. On ne doit négliger aucun point ».

« En règle générale, on trouvera que toutes ces femmes avaient la conviction absolue d'être enceintes, dès que la tumeur abdominale a fait son apparition. Quoiqu'il put s'être écoulé plusieurs années depuis cette époque, elles n'auront pas abandonné l'idée qu'elles portent encore leur enfant dans quelque partie de l'abdomen. Ainsi ces malades racontent presque toujours qu'un faux travail est survenu à peu près au terme de leur grossesse, qu'il a été accompagné d'hémorragie utérine et suivi de sécrétion de lait; après quoi elles auront constaté que leur abdomen diminuait de volume et que cette diminution continuait régulièrement jusqu'au moment où la tumeur a atteint les dimensions actuelles. Toute cette association de phénomènes est des plus caractéristique, et lorsqu'ils sont tous présents, la grossesse ectopique doit toujours être suspectée. La diminution du volume de l'abdomen après le travail est un symptôme de haute importance. »

Après la résorption du liquide amniotique le caractère de la tumeur change beaucoup. L'utérus peut devenir plus petit et plus mobile, des parties fœtales peuvent être reconnues, spécialement par le rectum; ce qui établit de suite la nature de la tumeur. Ces proéminences, ces bosselures, ces saillies, formées par les mains ou par les pieds et que l'on perçoit souvent au-dessus du bassin, peuvent être, il est vrai, tout à fait simulées par les petits kystes, du volume d'une noix, de petites tumeurs ovariennes, et surtout par les bosselures résistantes des kystes dermoïdes. Cette ressemblance était frappante dans le cas que je viens de décrire, et elle était encore bien plus marquée chez une autre malade, à qui j'enlevai les deux ovaires, dont l'un dermoïde, mais où l'analogie des sensations ne m'induisit heureusement pas en erreur.

Dangers et insuffisance de la ponction. — Lorsque la poche est enfouie dans le bassin, la difficulté peut être grande, et rien ne peut éclairer le diagnostic que l'incision exploratrice. Je la recommande fortement dans ces cas, car la ponction ne