

prédisposées par leur constitution aux affections rhumatismales. Il peut exister avec une affection générale de la même nature ; mais dans le plus grand nombre de cas, l'utérus seul, ou avec ses dépendances et les parties qui l'entourent, en est atteint. Quelquefois il a succédé à la cessation brusque de la douleur fixée d'abord sur un autre point. Son principal symptôme est la douleur ; les parois de l'utérus sont endolories partiellement ou sur toute leur étendue. Lorsqu'il est fixé sur le fond, la douleur se fait sentir dans la région sus-ombilicale ; elle est augmentée par la pression, par la contraction des parois abdominales ; si son siège est plus bas, ce sont des tiraillements qui se propagent des reins vers le bassin, vers les cuisses, les parties génitales externes et la région sacrée, le long des ligaments de l'utérus ; lorsque le segment inférieur est affecté, ce sont les mêmes symptômes, mais de plus l'exploration vaginale provoque des douleurs vives. Dans tous les cas, les mouvements du fœtus en provoquent également qui, par leur répétition, fatiguent et agacent la malade. Ces douleurs peuvent se déplacer et passent quelquefois brusquement d'un point de l'organe à l'autre, ou vont affecter d'autres organes. Elles offrent des exacerbations fréquentes et variables dans leur durée et leur intensité ; pendant les rémittences, il reste souvent à peine un vague sentiment de pesanteur. On a encore rapporté à l'extension de l'affection rhumatismale le ténésme recto-vésical qui accompagne les douleurs utérines de toute espèce. Tantôt la réaction est peu marquée, tantôt elle est assez vive, surtout pendant la durée du paroxysme ; dans ce cas, il y a quelquefois un léger frisson, le plus souvent de la fièvre. On ne voit donc rien dans les symptômes qui ne puisse se rapporter aux différents états de l'utérus que nous avons cherché à apprécier ci-dessus.

Il en est de même de son influence sur la grossesse ; lorsque les accès ont persisté pendant quelque temps, ou qu'ils ont été très violents, ils sont assez souvent suivis des contractions utérines et peuvent provoquer l'avortement ou l'accouchement prématuré, dans les cas où il y a de la fièvre ; sinon ils peuvent persister plus ou moins sans interrompre le cours de la grossesse.

D'après ce qui précède, on voit qu'on a rapporté au rhumatisme utérin presque toutes les douleurs qui se développent dans l'utérus et dans les parties voisines, plus particulièrement pendant les quatre derniers mois de la grossesse ; car ces douleurs se présentent fréquemment avec des suspensions, des intermittences, des exacerbations, dans des cas où elles sont évidemment le symptôme d'une congestion utérine, d'une distension méca-

nique, de fixité anormale de l'utérus ou de ses annexes, d'adhérences du péritoine, d'irritations spasmodiques ou inflammatoires, et même d'une inflammation franche. On ne peut pas conclure que ces douleurs soient de nature rhumatismale parce qu'on les voit quelquefois survenir à la suite d'un refroidissement. D'un autre côté, on paraît avoir beaucoup exagéré leur coïncidence avec des affections rhumatismales sur d'autres parties du corps. Qu'est-ce d'ailleurs que le rhumatisme des plans musculaires des viscères intérieurs ? En y rapportant la plupart des douleurs dont l'utérus peut être le siège pendant la grossesse et l'accouchement, on n'a fait que jeter encore plus de confusion sur un point de pathologie déjà si obscur. On voit assez souvent pendant un travail long et pénible les parois utérines être endolories, sensibles à la pression, aux mouvements, absolument comme les muscles extérieurs à la suite d'exercices fatigants. Parmi les douleurs utérines, ce serait celles-là qui auraient le plus d'analogie avec celles du rhumatisme musculaire ; mais, pendant la grossesse, elles ne sont pas produites par la même cause ; d'ailleurs elles ont peu d'importance et fixent à peine l'attention, s'il n'y a pas en même temps un état de spasme.

La plupart des faits sur lesquels on s'est fondé pour établir le rhumatisme utérin appartiennent à différents états, qui souvent n'ont pas même une analogie éloignée avec les affections rhumatismales. Quant à ceux qu'on ne peut pas classer, on n'a pas de raisons suffisantes pour les rapporter au rhumatisme utérin, dont l'existence même peut être révoquée en doute ; car les inductions qu'on a faites pour les en rapprocher sont forcées, ou au moins prématurées. Les douleurs de l'utérus, quelle qu'en soit la cause, lorsqu'elles ont de l'intensité ou de la persistance, et surtout si elles déterminent une réaction fébrile, exigent qu'on recoure aux émissions sanguines, aux adoucissants, aux bains, aux laxatifs ; puis aux calmants opiacés, qui ont sur l'utérus une action sédative très marquée.

SECTION II. — Grossesse extra-utérine.

On désigne par le nom de grossesse extra-utérine celle dans laquelle l'œuf fécondé se développe au sein de l'organisme, en dehors de la cavité utérine. Ce genre de grossesse a excité si vivement l'intérêt et la curiosité des médecins, qu'ils ont presque toujours donné des relations détaillées des cas qui se sont offerts à

leur observation ; et quoiqu'elle soit assez rare, considérée d'une manière absolue, les faits qui en constatent les diverses circonstances se sont à la longue beaucoup multipliés, au point qu'on pourrait aujourd'hui en réunir plusieurs centaines. La manière la plus instructive et la plus attrayante de faire l'histoire de la grossesse utérine consisterait à grouper ces faits dans l'ordre que l'analogie leur assigne ; mais la nature de cet ouvrage nous force à ne faire connaître que le résultat de leur analyse.

1. Ils ne donnent que des renseignements peu nombreux et à peu près nuls sur les causes de cette grossesse anormale. Lorsqu'on se représente la progression de l'œuf, de l'ovaire à l'utérus à travers les trompes, canaux étroits, interrompus, et doués à un si faible degré de propriétés contractiles, on ne peut s'empêcher de concevoir quelques doutes sur leur aptitude à conduire d'une manière certaine l'œuf dans la cavité utérine ; mais la précision et la sûreté avec lesquelles s'effectue la grossesse utérine, sa fréquence comparée à la rareté de la grossesse extra-utérine, dissipent bientôt toute incertitude à cet égard. On comprend du reste qu'une perturbation vive, un saisissement subit, puissent faire cesser l'application temporaire des trompes sur les ovaires, arrêter ou troubler leurs mouvements organiques, faire tomber l'œuf fécondé dans la cavité abdominale, le laisser dans l'alvéole de l'ovaire, ou dans un point de conduite des trompes. C'est cette pensée qu'exprimait Astruc lorsqu'il disait « que les grossesses extra-utérines sont plus ordinaires dans les filles, les veuves, et surtout dans les filles et les veuves qui ont passé pour sages, parce que la crainte, la honte, le saisissement dont ces femmes sont affectées dans un embrassement illicite y ont beaucoup de part. » Trois ou quatre faits semblent donner une espèce de sanction à cette manière de voir.

Des violences extérieures exercées sur le ventre peu de temps après la conception, et assez fortes pour déterminer une inflammation du péritoine dans le voisinage des organes génitaux, peuvent arrêter l'œuf dans sa marche, comme dans le cas observé par M. G. Jackson. On peut présumer avec beaucoup de vraisemblance que les changements de rapports, les adhérences anormales, et les diverses altérations organiques des trompes et des ovaires, capables de gêner le jeu de ces organes dans l'acte de la fécondation, sont souvent la cause de la grossesse extra-utérine ; mais il est presque toujours impossible de constater les lésions antérieures, au milieu des changements produits par le développement du kyste extra-utérin.

2. *Espèces différentes de grossesses extra-utérines.* Relativement

au siège, on a divisé la grossesse extra-utérine en plusieurs espèces, qu'on a désignées par les noms de grossesse *ovarique*, *abdominale*, *tubaire*, *interstitielle*, *utéro-tubaire*. M. Dézeiméris, qui a donné l'analyse la plus complète et la plus exacte qui existe des différences de siège qu'ont présentées les grossesses extra-utérines qui ont été observées jusqu'à présent, a admis un plus grand nombre de divisions dont on peut facilement tenir compte en les rattachant d'après leur analogie aux divisions généralement admises.

1^o *Grossesse ovarique.* On désigne ainsi celle qui a son siège dans l'intérieur même de l'ovaire. Son existence a paru naturelle ou contestable suivant les idées qu'on se faisait du mécanisme de la fécondation. Le grand nombre de faits qu'on a publiés comme des grossesses de l'ovaire ne tranchent pas la question aussi facilement qu'on pourrait le croire, tant il est difficile, dans un grand nombre de cas, de s'assurer si le kyste fœtal est réellement dans l'intérieur des enveloppes de l'ovaire ou à la surface. M. Velpeau rappelle avec raison les difficultés que l'on éprouve à préciser au juste le point de départ de beaucoup de tumeurs abdominales qui viennent des ovaires ou des trompes, à cause des changements qu'elles déterminent en se développant. Prenant des exemples dans l'espèce, il ajoute : « En 1824 et 1825 je rencontrai des débris de conception extra-utérine sur quatre sujets ; j'enlevai les parties sexuelles avec le plus grand soin, et je crus avoir quatre faits en faveur de la gestation ovarique ; je les présentai à la Société philomatique, où quelques membres manifestèrent des doutes sur la possibilité du fait. MM. Blainville et Serres furent nommés pour assister à la dissection que j'en fis le lendemain. Nous acquimes la certitude que trois de ces tumeurs étaient en dehors de la glande. Nous éprouvâmes plus de difficultés pour la quatrième, qui ne dépassait pas le volume du pouce ; mais enfin, après avoir isolé la trompe, qui était saine, nous reconnûmes que le détrit de conception occupait un sac particulier entre la couche péritonéale ou un reste de membrane séreuse accidentelle, et la membrane propre de l'ovaire qui en était entièrement distincte. » On voit quelle attention il faut apporter dans la dissection des parties. Il n'est pas douteux qu'on doit rester souvent incertain sur le siège précis de la grossesse, et qu'on a dû commettre, dans un grand nombre de cas, l'erreur signalée par M. Velpeau. Mais, d'un autre côté, les termes de plusieurs observations sont tellement précis, qu'il n'est pas permis de douter que l'œuf ne fût pas contenu dans l'ovaire. Plusieurs de celles rassemblées par M. Dézeiméris ont ce caractère.

La fécondation de l'œuf encore contenu dans l'ovaire, et avant

la rupture de son alvéole, ne peut point être rejetée *a priori*. Le passage de fluides de diverse nature à travers des membranes est un phénomène dont l'économie vivante donne trop d'exemples pour qu'on doive regarder comme impossible la pénétration du sperme dans l'ovaire. En admettant que c'est à son influence que sont dus le gonflement et la rupture de la capsule ovarienne, on admet implicitement la fécondation ovarienne. Mais nous avons vu que cette théorie de la fécondation est fortement ébranlée par des découvertes récentes, qui nous montrent l'accroissement, la maturation des œufs et la déchirure des capsules qui les contiennent comme le résultat d'un travail organique périodique dont l'hémorragie menstruelle est la manifestation extérieure. La fécondation par la rencontre du sperme avec l'œuf devenu libre, par la rupture préalable de son alvéole, semble assez bien établie pour qu'on doive chercher à la concilier avec la grossesse ovarique, et à lever la contradiction qui semble exister entre deux faits qui paraissent l'un et l'autre constatés. L'œuf rendu libre et fécondé peut tout aussi bien s'arrêter, être retenu et se développer dans la capsule ovarienne déchirée que dans tout autre point de la longueur du canal des trompes.

L'épanchement de sang qui se fait au moment de la rupture de la capsule et la formation d'un caillot dans son intérieur peuvent dans quelques cas retenir l'œuf et l'empêcher de pénétrer dans l'orifice externe de la trompe. Le travail de cicatrisation refermant l'ouverture destinée à lui livrer passage, il se trouve de nouveau enfermé dans l'ovaire, dont le tissu mou lui permet un développement facile pendant les premiers temps. Quoi qu'il en soit de la difficulté de distinguer, dans la plupart des observations publiées, si la grossesse ovarique a été *interne* ou *externe*, réelle ou apparente, on voit, en faisant abstraction de cette distinction, que la grossesse extra-utérine dans laquelle l'œuf conserve des rapports très intimes avec l'ovaire est, relativement aux autres espèces, assez fréquente. M. Petsch en avait rassemblé trente-six cas en 1828, et M. Dézeiméris croyait, en 1837, pouvoir en ajouter une vingtaine à ce nombre.

2^o *Grossesse tubaire*. Elle a été observée dans tous les points de la longueur des trompes. L'œuf est même quelquefois arrêté dans le pavillon, qui forme avec la partie correspondante de l'ovaire auquel il adhère le kyste extra-utérin. Cette particularité a servi à M. Dézeiméris pour établir une espèce particulière de grossesse extra-utérine qui tient à la fois de l'ovarique et de la tubaire, et qu'il a désignée par le nom de *grossesse tubo-ovarique*. Mais ces adhérences et cette confusion de la trompe avec l'ovaire sont souvent

consécutives au développement du kyste, quoique la grossesse soit primitivement ovarienne ou franchement tubaire. Lorsque l'œuf fécondé s'arrête dans la trompe, il la dilate ordinairement d'une manière régulière dans toutes ses parties; mais il arrive quelquefois cependant que la dilatation se fait d'une manière moins uniforme, et qu'un côté seulement se prête à l'accroissement de l'œuf; la partie non dilatée de la trompe, au lieu de correspondre au centre du kyste, se trouve portée sur un point de sa circonférence. Dans quelques cas, le canal de la trompe semble placé tout-à-fait en dehors de la cavité du kyste, et sans communication avec lui, ou même oblitéré dans le point qui lui correspond, comme si l'œuf s'était arrêté et développé dans une crevasse, une lacune de la face interne de la trompe. C'est ainsi qu'on voit des kystes gestateurs développés dans l'épaisseur des ligaments larges. Cette disposition n'est pas exclusive à la grossesse tubaire. Dans la grossesse ovarique, le développement peut aussi se faire aux dépens d'un point des enveloppes de l'ovaire, et s'étendre dans les ligaments larges en écartant leurs feuillets qui concourent à former les parois du kyste, qui se trouve alors dans des conditions de solidité plus considérables et d'une élimination moins grave et plus facile. M. Dézeiméris a désigné cette variété par le nom de *grossesse sous-péritonéo-pelviennne*; dénomination qui a peut-être l'inconvénient de ne pas caractériser suffisamment cette disposition; car les grossesses qui ont leur siège dans l'ovaire, dans un point des trompes, sont en dehors du péritoine, et tout aussi bien sous-péritonéales que la grossesse utérine elle-même: c'est plutôt un terme générique en opposition avec celui de *grossesse abdominale* ou *intra-péritonéale*, qui peut être employé pour désigner toutes les espèces qui ont leur siège dans l'ovaire et dans les divers points du trajet des trompes, jusque dans l'épaisseur des parois utérines. Dans d'autres cas, le développement se fait dans un sens opposé au précédent; c'est vers la cavité du péritoine que le kyste s'étend; et si une rupture brusque n'a pas lieu de bonne heure, il peut arriver qu'il s'éraille lentement, et peut-être aussi qu'il dilate la trompe du côté de son pavillon. Dans les deux cas, une portion de l'œuf se trouve en partie dans la trompe et en partie dans la cavité du péritoine; ce qui constitue la *grossesse tubo-abdominale* de M. Dézeiméris. Si je rattache à la grossesse tubaire ces diverses variétés de la grossesse extra-utérine relatives au siège, c'est qu'elles semblent consécutives au développement de l'œuf, et que si on voulait tenir compte d'une manière minutieuse de tous les changements qui résultent de ce développement, on serait conduit à multiplier les espèces jusqu'à la confusion. La

grossesse tubaire est de beaucoup l'espèce la plus fréquente; on a trouvé qu'elle est aux autres dans le rapport de 9 à 3.

3° *Grossesse tubo-utérine*. Je désigne ainsi celle dans laquelle l'œuf, arrêté dans la portion de trompe qui traverse la paroi utérine, se forme un kyste aux dépens du tissu de l'utérus; elle est plus généralement connue sous le nom de grossesse *interstitielle* à cause d'une particularité sur laquelle nous reviendrons tout-à-l'heure. Les pièces décrites par MM. Albers, Mayer, Breschet, etc., sont les plus propres à établir d'une manière exacte cette espèce de grossesse extra-utérine. Lorsque l'œuf se développe ainsi dans les parois de l'utérus, il forme bientôt une tumeur à l'extérieur, au centre de laquelle on voit s'élever la trompe dont la portion utérine concourt, avec le tissu de l'utérus ambiant, à former le kyste fetal ou matrice extra-utérine. Dans une pièce communiquée par M. P. Dubois à M. Dézeiméris, non seulement la base de la trompe répondait au kyste gestateur, mais elle en faisait partie. Mais cette disposition, loin d'être générale, semble, d'après les faits connus, plutôt une exception, et les tumeurs se sont rencontrées, le plus souvent, en dehors de l'insertion de la trompe, mais toujours à son voisinage, au-devant ou en arrière, au-dessus ou au-dessous. Ce qui est plus digne de remarque encore, c'est que non seulement la portion de la trompe qui leur correspondait était rejetée en dehors du kyste, mais que, dans quelques cas, il a été impossible de trouver de communication entre la cavité du kyste et celle de la trompe, restée libre dans toute son étendue: c'est la variété interstitielle à son plus haut degré, dont le mode de formation semble échapper aux lois connues de la fécondation. Mais je dois ajouter que M. Thompson a assuré avoir retrouvé une communication très étroite entre le kyste et la trompe dans la pièce de M. Breschet, et qu'il dit être arrivé au même résultat après une dissection attentive sur la pièce présentée à l'Académie de médecine, par M. Pinel-Grandchamp. On voit par là que la grossesse interstitielle se rattache à titre de variété à la grossesse tubo-utérine. Quoiqu'il ne soit pas facile d'expliquer pourquoi l'œuf s'échappe en quelque sorte de la cavité de la trompe, on peut supposer qu'il s'arrête dans une lacune de sa surface interne, ou qu'il se porte en se développant vers le point où le tissu de l'utérus présente le moins de résistance, de manière à se former un kyste latéral, qui conserve des traces tantôt évidentes, tantôt obscures de son origine. On peut admettre que, dans quelques cas, l'œuf s'arrête près de la face interne de l'utérus, derrière la muqueuse, et qu'au lieu de s'étendre en dehors, il s'étend vers la cavité utérine; dans laquelle il fait saillie. L'observation

n'a rien appris de bien précis de cette vérité; mais il est possible que quelques uns des cas rapportés à l'espèce suivante lui appartiennent. La grossesse tubo-utérine ou interstitielle, qui a passé si longtemps inaperçue, ne paraît pas aussi rare qu'on pourrait le croire; car, quoiqu'elle n'ait fixé l'attention que depuis les observations de W. Schmitt (1801), d'Albers, on en possède déjà beaucoup d'autres. M. Velpeau croit pouvoir porter à vingt-cinq le nombre de celles qui ont été publiées.

4° *Grossesse utéro-tubaire*. On a élevé contre cette espèce de grossesse plusieurs objections tendant à établir des doutes sur son existence. A la difficulté de concevoir comment l'œuf peut se développer en même temps dans la cavité de l'utérus et de la trompe, et même s'étendre jusque dans la cavité du péritoine par voie de rétrocession, on a cru pouvoir admettre que le petit nombre de faits qui ont servi à l'établir se rapportent, soit à une rupture de l'utérus avec passage d'une partie de l'œuf dans la cavité abdominale, soit à une grossesse interstitielle, terminée par la rupture du kyste dans la cavité utérine. Mais en examinant les faits attentivement, on ne tarde pas à voir que plusieurs échappent à ces explications. Dans l'observation de Patune, si souvent citée, le fœtus à terme était dans la cavité abdominale, le cordon pénétrait dans la trompe droite, à un travers de doigt de distance de l'utérus, et le placenta était inséré vers le fond de l'utérus, qui avait un volume à peine supérieur à celui du poing, et ne présentait aucune trace de déchirure. Dans l'observation de W. Hey, la trompe droite formait la plus grande partie d'un kyste qui renfermait un fœtus du terme de huit mois. Le cordon pénétrait dans l'utérus, et était inséré à un placenta volumineux, des bords duquel partaient les membranes qui, après avoir tapissé le reste de la cavité utérine, allaient former la paroi interne du sac extra-utérin. L'observation de M. Hoffmeister, qui a sous le rapport qui nous occupe la plus grande analogie avec la précédente, est tout aussi concluante. C'est aussi à une grossesse de cette espèce qu'on doit rapporter les observations de Laugier, de M. Mondat et quelques autres. Quant à celles qui ont trait à des femmes qui n'ont point succombé, et chez lesquelles on a constaté la tête du fœtus ou une autre partie dans la cavité utérine et le reste en dehors, il est difficile de décider si on n'avait pas plutôt affaire à une rupture de l'utérus ou à une grossesse interstitielle dont le kyste se serait rompu dans la cavité utérine. M. Dézeiméris, distinguant les cas dans lesquels la trompe concourt avec l'utérus à former le kyste, de ceux où il a envahi en même temps la cavité du péritoine, a fait de ces der-

niers une espèce particulière, qu'il a désignée par le nom de *grossesse utéro-tubo-abdominale*. La grossesse utéro-tubaire n'est pas réellement plus difficile à concevoir que les autres espèces; l'œuf, retenu à sa sortie de la trompe par des causes que nous ignorons, peut dans quelques cas trouver moins de résistance à développer le tissu de l'utérus dans la dissection de la trompe, que la cavité utérine elle-même, et offrir un développement en sens inverse de celui qu'on observe habituellement.

5° *Grossesse abdominale ou intra-péritonéale*. Nous avons déjà vu qu'on pouvait considérer comme telle, celle dans laquelle l'œuf se développe à la surface externe de l'ovaire, sur le pavillon frangé de la trompe; mais assez souvent l'œuf perd complètement toute espèce de rapports, soit avec l'ovaire, soit avec la trompe, et peut être porté, avant de contracter adhérence, dans les points de la cavité abdominale qui en sont les plus éloignés. On voit, en effet, que dans la grossesse intra-péritonéale l'ovaire, la trompe, et même une portion des ligaments larges sont tantôt plus ou moins confondus ou adhérent avec une portion du kyste, tantôt complètement libres. L'insertion du placenta donne une idée assez juste des positions que peut prendre l'œuf dans la cavité abdominale. On l'a trouvé inséré sur l'ovaire, le ligament large, les fosses iliaques, au-devant du sacrum, sur le mésentère, sur la face interne de la paroi antérieure de l'abdomen, sur presque tous les viscères de la cavité abdominale, sur le colon transverse, l'estomac. Ce n'est pas ici le lieu de parler de la grossesse intra-péritonéale, consécutive à la rupture des kystes ovariens tubaires ou interstitiels; ces kystes secondaires appartiennent à un des modes de terminaison que nous mentionnons ici, pour indiquer qu'il ne faut pas les confondre avec ceux de la grossesse abdominale primitive.

3. *Phénomènes de la grossesse extra-utérine*. Les phénomènes oologiques sont les mêmes que dans la grossesse normale, et ne donnent lieu qu'à un très petit nombre de considérations spéciales. Le développement du fœtus se fait d'une manière régulière. Dans la plupart des cas, la nutrition ne paraît pas entravée, jusqu'au moment de la rupture du kyste, ou jusqu'au terme de la gestation, chez le petit nombre de femmes qui échappent, jusqu'à cette époque, aux accidents propres à la grossesse extra-utérine. Il paraît que la vie du fœtus peut continuer encore quelque temps après le terme ordinaire de la grossesse, comme l'assurent plusieurs observateurs, et comme semblent l'attester le volume et les dimensions qu'on a assignées au fœtus dans quelques cas.

Les membranes de l'œuf ne présentent aucune différence. Il en est de même du placenta, qui est souvent plus mince, plus

étalé, et dont la surface est irrégulière, mais en rapport avec les inégalités des surfaces sur lesquelles il est greffé. Il est beaucoup moins facile de constater l'existence et la disposition d'une membrane caduque, formée par l'organisme maternel. Peu d'observations ont à cet égard toute la précision désirable. On voit cependant, dans un assez grand nombre, qu'il existe à la surface du chorion une troisième membrane ou couche de tissu blanchâtre, celluleux, qui unit le chorion aux tissus ou organes avec lesquels il est en rapport. Cette couche doit être considérée comme identique, par sa composition et ses usages, à la caduque utérine; mais il ne faut pas la confondre avec les produits pseudo-membraneux, résultats d'une inflammation du péritoine ou du kyste, qui survient à la suite de déchirures et par le seul fait d'un trop long séjour de l'œuf dans la cavité qui le renferme. Dans ces cas, on ne peut plus distinguer la caduque des produits de l'inflammation adhésive avec lesquels elle a la plus grande analogie. En n'étudiant que les cas simples, qui sont accompagnés de détails suffisants, on est conduit à admettre, comme l'analogie de la membrane caduque, la couche celluleuse à feuillet unique dont on retrouve des traces dans toutes les espèces de grossesses extra-utérines. On s'est mépris sur les faits et sur leur interprétation, lorsqu'on a cherché à établir que, dans la grossesse extra-utérine primitive, et particulièrement dans la grossesse extra-utérine abdominale, il n'existait pas de membrane caduque, et que l'œuf n'adhérait aux parties de la mère que par le point qui correspond au placenta. Il est évident que, dans le principe, l'œuf arrêté dans ses voies naturelles, ou tombé dans la cavité abdominale, forme un corps étranger trop petit et trop peu irritant pour déterminer une inflammation et une exsudation plastique autour de lui; mais le travail organique qui produit autour de l'œuf fécondé une couche de nouvelle formation n'est point identique à celui d'une inflammation adhésive, malgré quelques phénomènes communs qui les rapprochent sous certains rapports. Si, dans la matrice, qui est spécialement organisée pour la conservation et le développement de l'œuf, ce travail est déterminé par la fécondation elle-même et commence avant le dépôt de l'œuf dans son intérieur, il ne s'ensuit pas que celui-ci soit inapte à le provoquer; mais il le provoque moins sans doute en excitant les parties par sa présence que par l'activité vitale qui s'en empare immédiatement après la fécondation. Ne voit-on pas dans toutes les espèces de grossesses extra-utérines, très peu de temps après la conception, les vaisseaux des parties de la mère qui entourent l'œuf non seulement se congestionner, mais encore prendre un

tel développement que leur rupture peut, dès le premier mois de ces grossesses, produire une hémorrhagie promptement mortelle ? Or, si les parties de la mère qui enveloppent l'œuf s'organisent si promptement en une matrice extra-utérine, on ne doit point s'étonner de voir de bonne heure se former à la surface externe du chorion une exsudation de matière caduque qui, comme dans l'utérus, sert à greffer l'œuf sur l'organisme qui doit fournir à son développement : aussi, sous ce rapport, la grossesse extra-utérine ne diffère pas de la grossesse utérine, et il est très probable que, comme dans la caduque utérine, il s'y développe des vaisseaux de nouvelle formation communiquant avec ceux du kyste et représentant les vaisseaux de la caduque et les vaisseaux utéro-placentaires.

Le kyste gestateur n'est pas composé de la même manière dans toutes les espèces de grossesses extra-utérines. Dans la grossesse ovarique, il est formé par le tissu propre de l'ovaire et par ses enveloppes fibreuse et péritonéale ; dans la grossesse tubaire par le tissu musculaire de la trompe et le péritoine qui l'enveloppe ; il est encore plus musculaire dans la grossesse tubo-utérine ou interstitielle. Dans la grossesse intra-péritonéale, le kyste, réduit au plus grand état de simplicité possible, est presque exclusivement formé par l'exsudation d'une matière caduque, qui unit les viscères en contact avec l'œuf, et forme à celui-ci une cavité spéciale qui se prête avec facilité à son développement. A l'exception des grossesses, intra-péritonéale et ovarique, le kyste renferme des éléments qui, comme dans la matrice, s'accroissent et présentent d'une manière distincte les caractères du tissu musculaire. Cela est évident dans les grossesses tubo-utérine et tubaire. La transformation musculaire de kyste semble s'étendre quelquefois jusqu'au kyste de la grossesse ovarique. M. Dézeiméris a donné en extrait une observation de Barkausen, de Brême, dans laquelle un kyste formé par l'ovaire, à parois fort épaisses, présentait distinctement du côté par où l'ovaire reçoit son ligament des fibres musculaires. On conçoit donc que, dans un assez grand nombre de cas, le kyste gestateur puisse présenter des phénomènes de contractilité expulsive.

Une disposition anatomique commune à tous ces kystes est le développement considérable des vaisseaux qui se distribuent dans leur épaisseur et dans les parties voisines ; ils deviennent presque inévitablement la cause d'hémorrhagies graves, lorsque l'accroissement de l'œuf détermine la rupture du kyste, comme cela arrive si souvent. Les kystes des grossesses extra-utérines représentent en quelque sorte une véritable matrice en état de ges-

tation, fort exposée aux ruptures et manquant de deux conditions essentielles, d'un canal excréteur pour livrer passage au fœtus, car dans les grossesses de la trompe elle-même on trouve le canal oblitéré de chaque côté de la tumeur, et d'une puissance contractile qui n'existe, mais à un degré insuffisant, que dans les grossesses tubaire, tubo-utérine et utéro-tubaire.

L'utérus, quoique vide, éprouve des changements fort remarquables ; il augmente presque constamment de volume ; on le trouve double, triple de son volume ordinaire, et à l'intérieur il est ordinairement tapissé par une véritable membrane caduque.

En étudiant la grossesse extra-utérine sous le rapport de ses symptômes et de leur succession ou marche, nous la considérons d'abord, en faisant abstraction des accidents qui lui sont en quelque sorte inhérents et qui y mettent fin, et nous la suivrons jusqu'à terme ordinaire de la gestation, bien qu'elle n'arrive, jusqu'à cette époque, que dans le plus petit nombre des cas.

Le kyste chargé du produit de la conception en se développant envahit la cavité abdominale, comme l'utérus, dans la grossesse ordinaire, dilate ses parois et refoule les viscères mobiles. Souvent la tumeur est située plus en dehors de la ligne médiane que dans la grossesse ordinaire, surtout pendant la première moitié de son existence. Il n'est pas rare de rencontrer deux tumeurs, l'une formée par le kyste, l'autre, près du pubis, formée par l'utérus. Lorsque le kyste est formé par l'ovaire et la trompe, tantôt il reste sur les parties latérales de l'utérus, reposant sur la fosse iliaque correspondante, tantôt il descend plus ou moins profondément dans l'excavation pelvienne, en arrière, vers l'excavation recto-vaginale, ou en avant, entre la vessie et l'utérus, qui est forcé de se renverser en arrière. Cet abaissement du kyste dans le bassin n'est pas toujours le résultat d'un déplacement dû à la mobilité des parties ; il dépend quelquefois de l'accroissement de la tumeur qui trouve plus de facilité à se développer dans cette direction, en déplaçant l'utérus ou en le refoulant contre un point des parois du bassin. Quoi qu'il en soit, le kyste de la grossesse extra-utérine est souvent accessible au toucher vaginal ou anal. Tant que la grossesse extra-utérine se développe d'une manière régulière, que le kyste est intact, que le fœtus est vivant, et que le terme de la gestation n'est pas dépassé, l'organisme maternel montre la même tolérance que dans la grossesse ordinaire. La nouvelle matrice distend, écarte les parties avec lesquelles elle est en contact, sans déterminer ni travail d'expulsion ou d'élimination, ni travail d'inflammation.

Sous le rapport des phénomènes locaux et généraux et des trou-

bles fonctionnels, la grossesse extra-utérine se rapproche beaucoup de la grossesse ordinaire. Cependant, dans la plupart des observations, on a signalé des douleurs abdominales plus ou moins circonscrites sur quelques points de la partie inférieure de la cavité abdominale. Ces douleurs ont présenté dans quelques cas beaucoup d'intensité; on les a vues apparaître peu de temps après la fécondation, et continuer pendant un temps assez long, ou revenir à des intervalles plus ou moins rapprochés. La grossesse extra-utérine ressemble beaucoup aux grossesses ordinaires pénibles. La suppression des règles, les changements des mamelles, ont présenté plus fréquemment des exceptions que dans la grossesse ordinaire. Lorsqu'elle n'est pas interrompue dans son cours, on voit ordinairement au terme de neuf mois, quelquefois avant, les phénomènes d'un travail impuissant de l'enfantement, dont nous ferons connaître les particularités ci-après.

4. *Diagnostic de la grossesse extra-utérine.* On ne peut trouver que dans un petit nombre de phénomènes locaux les éléments propres à faire distinguer la grossesse extra-utérine de la grossesse ordinaire; car nous voyons, d'une part, que les signes rationnels ne présentent que quelques différences sans valeur séméiologique. Les signes pathognomoniques, tels que les mouvements actifs et passifs, les battements du cœur du fœtus, sont des phénomènes communs aux deux genres de grossesses, qui ne peuvent présenter que des différences inappréciables dans la pratique. Les signes différentiels sont fournis par l'état de l'utérus et la présence d'une tumeur extra-utérine, avec des signes probables ou certains de gestation, suivant l'époque où la conception a eu lieu; mais cette recherche présente pendant une partie de la grossesse des difficultés très propres à donner le change et à faire méconnaître la grossesse extra-utérine. Nous avons vu que l'utérus pouvait acquérir le volume qu'il y a au troisième, quatrième mois de grossesse, et que le kyste extra-utérin, encore peu volumineux, peut être situé profondément dans la cavité abdominale, éloigné de l'excavation pelvienne ou de la paroi antérieure de l'abdomen. Dans ce cas, il échappera facilement au toucher abdominal, parce que ses parois minces et souples n'offrent pas la résistance de l'utérus dans les mêmes conditions: aussi, pendant les trois ou quatre premiers mois, la grossesse extra-utérine ne peut être constatée que dans quelques cas exceptionnels, où le kyste est descendu dans l'excavation pelvienne, ou se trouve situé superficiellement dans la fosse iliaque. On voit que dans presque toutes les observations où elle s'est terminée d'une manière fatale pour la mère, pendant les trois ou quatre premiers mois, elle n'a

été reconnue qu'à l'autopsie. C'est ce qui arrive dans un grand nombre de cas, puisque plus de la moitié des grossesses extra-utérines se terminent par la mort de la mère, pendant la première moitié de la grossesse. Les grossesses interstitielles observées jusqu'à présent n'ont pas dépassé cette époque; le plus grand nombre des grossesses tubaires sont dans le même cas. Lorsqu'elle se prolonge jusque dans la seconde moitié de la grossesse, où les différences deviennent très tranchées et faciles à saisir, l'examen de l'utérus ne tarde pas à faire reconnaître qu'il ne correspond plus, pour son volume, à l'époque présumée de la conception; on le trouve souvent plus ou moins déplacé par une portion de tumeur qui se prolonge dans l'excavation pelvienne. Lorsque le kyste est accessible au doigt, ses parois minces permettent plus facilement que celles de l'utérus de constater qu'il est rempli par du liquide et un corps solide qu'on peut souvent déplacer. Il est même souvent possible de reconnaître la partie qu'on touche, si elle a des caractères tranchés, comme le crâne, les membres, par exemple. La rétroversion de l'utérus à l'état de gestation paraît en avoir imposé plusieurs fois pour une grossesse extra-utérine. Dans ce déplacement, le col relevé derrière le pubis et appliqué contre la paroi antérieure du vagin échappe facilement au doigt; on prend le corps de l'utérus pour un kyste extra-utérin, qui déplace l'utérus ou le refoule au-dessus du détroit supérieur. Mais ces difficultés, bien que réelles, sont cependant de nature à être facilement surmontées par une exploration attentive. Si la tumeur formée par le kyste extra-utérin reste au-dessus du détroit supérieur, en combinant le toucher vaginal et abdominal, on parviendra presque toujours à reconnaître que la tumeur qui développe le ventre et qui donne des signes certains de grossesse n'est point formée par l'utérus, qu'on peut en séparer avec plus ou moins d'exactitude. Dans le cas où la grossesse extra-utérine a été méconnue jusqu'au moment de la rupture du kyste, les phénomènes qui se manifestent alors sont très propres à la faire connaître, ainsi que la nature de l'accident dont le kyste gestateur est le siège.

5. *Terminaisons.* La grossesse extra-utérine a deux modes généraux différents de se terminer, qui donnent lieu à plusieurs phénomènes immédiats ou consécutifs, qui constituent autant d'espèces particulières de terminaisons fort distinctes. Dans le premier, sous la force d'expansion de l'œuf qui s'accroît incessamment, le kyste se déchire à une certaine époque de la grossesse. Dans le second, soit que le fœtus périsse de bonne heure, soit seulement à une époque qui ne dépasse pas de beaucoup le terme ordinaire de la

gestation, le kyste est resté intact; mais les phénomènes généraux de gestation cessent, et l'œuf devient un corps étranger dont la présence a des conséquences diverses pour l'individu qui le porte.

1. *Rupture du kyste.* La rupture du kyste est un accident tellement fréquent dans la grossesse extra-utérine, qu'on peut avancer qu'elle a eu lieu dans les trois quarts des observations qui ont été recueillies. Toutes les espèces de grossesses extra-utérines n'y sont pas également sujettes. Il faut placer en première ligne la grossesse tubo-utérine ou interstitielle; la rupture a eu lieu dans tous les cas que j'ai pu consulter; elle est très fréquente dans les grossesses tubaire et ovarique. L'époque où elle survient est très variable. Suivant M. Dézeiméris, qui a analysé un très grand nombre de faits, elle a le plus ordinairement lieu avant la fin du second mois dans la grossesse tubo-utérine ou interstitielle; à la fin du quatrième, dans la tubaire; plus tard dans l'ovarique, et dans l'abdominale au neuvième mois. C'est aussi près du terme de la gestation qu'elle a eu lieu, dans les cas de grossesse utéro-tubaire que nous avons mentionnés.

Les cas dans lesquels elle a lieu beaucoup plus tard doivent le plus souvent être rapportés à un travail d'élimination qui se fait pour expulser le produit de la conception, devenu corps étranger. Quelle que soit l'espèce de grossesse, le fœtus ne survit pas à la rupture du kyste. La cause de cette rupture est l'accroissement de l'œuf: aussi la voit-on survenir dans l'état de repos; dans quelques cas, des pressions sur le ventre en ont été la cause occasionnelle. Elle est annoncée par une douleur brusque, par un sentiment de déchirure. Dans la grossesse tubo-utérine, il n'est pas impossible que la rupture se fasse en dehors du péritoine, dans la cavité utérine elle-même. Dans les observations de grossesses interstitielles connues, elle a eu lieu du côté du péritoine; mais on ne peut nier que quelques uns des cas rapportés à la grossesse utéro-tubaire ne soient des exemples de grossesses interstitielles terminées par la rupture du kyste dans la cavité utérine; dans ce cas, les conséquences sont beaucoup moins graves que lorsque la rupture se fait dans la cavité du péritoine. Après la rupture, l'œuf passe ordinairement dans la cavité péritonéale; quelquefois il reste dans le kyste, dont la déchirure est fort étroite et n'a que quelques lignes d'étendue. L'œuf, en passant de son kyste dans la cavité abdominale, est déchiré ou reste intact: cette dernière circonstance est la plus ordinaire. Dans la grossesse intra-péritonéale la rupture du kyste est moins commune que dans les autres espèces, et consiste dans le déplacement de

l'œuf, qui sort de son kyste primitif en détruisant sur un point les adhérences qui le forment.

Indiquons maintenant les divers phénomènes consécutifs à la rupture du kyste, qui se présentent sous des formes déterminées, et qui peuvent donner lieu à des indications spéciales.

1° *Mort avec symptômes d'hémorrhagie interne.* C'est la terminaison la plus commune des différentes espèces de grossesses extra-utérines; on l'observe surtout dans les grossesses interstitielle, tubaire et ovarique. Tout-à-coup la femme est prise de douleurs très vives dans l'abdomen, avec sentiment de déchirure, qui sont souvent remplacées, après un espace de temps assez court, par un calme précurseur d'une mort prochaine. La surface du corps se décolore, le pouls s'affaiblit, des syncopes, des mouvements convulsifs se déclarent, et au bout de quelques heures la malade a cessé d'exister. L'ouverture du corps montre la cavité du péritoine remplie de sang liquide et coagulé, au milieu duquel on trouve l'œuf ou le fœtus et la déchirure du kyste qui a été la source de l'hémorrhagie. Cette terminaison fatale a été observée dès le premier mois de la grossesse, à une époque où l'on pourrait croire à priori que les vaisseaux sont encore peu développés. Dans quelques uns des cas où l'on rencontre des épanchements sanguins mortels, la déchirure est si étroite que l'œuf est resté dans son kyste. On voit que l'absence de fibres musculaires dans le kyste extra-utérin, ou leur insuffisance le met dans des conditions beaucoup moins favorables de rétraction que l'utérus, et qu'il ne peut apporter que de faibles obstacles à l'écoulement du sang.

2° *Mort avec symptômes de péritonite aiguë.* Les symptômes primitifs de la rupture sont les mêmes que ceux qui viennent d'être indiqués; mais l'écoulement du sang est plus modéré, et au bout d'un ou plusieurs jours des symptômes de péritonite sur-aiguë se développent, et la mort ne tarde pas à survenir. A l'ouverture du corps on trouve dans la cavité du péritoine, outre le fœtus et du sang altéré, de la sérosité séro-purulente et des traces d'inflammation dans toute l'étendue du péritoine.

3° *Formation d'un kyste secondaire.* La rupture du kyste primitif avec passage de l'œuf ou du fœtus dans la cavité du péritoine n'est pas toujours un accident mortel. Il est même arrivé, dans quelques cas, que ce passage s'est fait d'une manière lente et en quelque sorte latente. On a trouvé des kystes secondaires chez des femmes mortes de maladies étrangères à la grossesse extra-utérine, qui n'avaient à aucune époque présenté les symptômes propres à la rupture du kyste. Mais, le plus ordinairement, celles qui échappent à l'hémorrhagie et à la péritonite aiguë présentent

les symptômes d'une inflammation modérée, à la suite de laquelle des fausses membranes, des adhérences forment une nouvelle poche qui isole le fœtus et le sang épanché. Les fœtus enkystés dans la cavité du péritoine ne viennent pas toujours de la rupture d'un kyste extra-utérin; celle de la matrice en a fourni plusieurs cas, qui ont été confondus avec la grossesse extra-utérine. Les phénomènes consécutifs relatifs à la mère et au fœtus étant les mêmes que ceux qui surviennent, lorsque la grossesse se prolonge après la mort du fœtus, ou après la prolongation de la grossesse au-delà de son terme ordinaire, sans qu'il y ait rupture du kyste primitif, ils seront exposés ci-après, afin de ne pas faire un double emploi.

2. *Terminaisons sans que la rupture du kyste ait lieu.* Dans les différentes espèces de grossesses extra-utérines, le fœtus est exposé aux mêmes causes de mort que dans la grossesse ordinaire, et de plus à toutes celles qui résultent des conditions moins favorables dans lesquelles il se trouve: aussi arrive-t-il que, dans le petit nombre de cas où le kyste reste intact, le fœtus meurt souvent avant d'être arrivé à son état de maturité. Après sa mort, l'œuf cessant de s'accroître, le kyste est beaucoup moins exposé aux ruptures traumatiques. Enfin, dans un certain nombre de cas, la grossesse continue à se développer régulièrement jusqu'au terme ordinaire de la gestation, sans que la rupture du kyste, ou la mort du fœtus viennent y mettre fin. Les recueils scientifiques renferment un grand nombre d'observations où les choses se sont passées ainsi: c'est la grossesse abdominale qui parcourt le plus souvent toutes ses périodes. Les grossesses ovarique et tubaire en offrent également quelques exemples. Nous avons déjà dit que la plupart des grossesses utéro-tubaires étaient arrivées près du terme ordinaire, tandis que les grossesses interstitielles les plus prolongées n'ont pas dépassé le terme de quatre mois.

Dans la grossesse extra-utérine qui arrive à terme, et dans celle où le fœtus succombe comme par avortement à une époque moins avancée, on voit ordinairement, et ce n'est pas le point le moins curieux de l'histoire de cette grossesse, se déclarer des efforts d'expulsion, un travail nécessairement infructueux. Des douleurs intermittentes, avec efforts d'expulsion, semblables à celles du travail ordinaire de l'enfantement, apparaissent; il s'écoule souvent par le vagin des glaires, des mucosités, et même des débris de fausses membranes. Il survient quelquefois un écoulement de sang assez abondant. Le col de l'utérus s'entr'ouvre et produit sur le doigt qui le touche la sensation de contraction. On cite quelques cas dans lesquels la tumeur extra-utérine est descendue plus profondément dans l'excavation du bassin,

pendant ces efforts d'expulsion. Plusieurs observateurs assurent avoir senti le kyste se contracter. Cette contraction se conçoit d'ailleurs dans les grossesses tubaire et interstitielle, dont les kystes sont en grande partie formés par du tissu musculaire; mais il n'est pas impossible qu'on ait pris pour un effort de contraction du kyste des mouvements de tension et de relâchement, d'abaissement et d'élévation, produits par l'action du diaphragme et des muscles abdominaux. Quant à l'utérus, il a été constaté d'une manière indubitable qu'il se contracte, quoique le produit de la conception soit en dehors de sa cavité. Ce travail infructueux dure ordinairement trois ou quatre jours avant de cesser; il se reproduit souvent à des intervalles plus ou moins rapprochés, et quelquefois très éloignés. Dans le cas publié par Schmitt, il s'est renouvelé plusieurs fois longtemps après la mort du fœtus, puisque, dans l'intervalle de trois ans que dura la grossesse, les douleurs revinrent huit fois, et se prolongèrent chaque fois pendant plusieurs semaines. Dans quelques cas, on n'a rien observé qui ressemblât au travail de l'enfantement. Le fœtus peut assez souvent arriver vivant jusqu'au terme ordinaire de la gestation, mais il est fort rare qu'il continue de vivre encore longtemps. A la suite du travail dont nous venons de donner les principaux caractères, ou après la mort du fœtus, on voit souvent se manifester les symptômes de la fièvre de lait: les seins se gonflent, et le mamelon laisse échapper une certaine quantité de colostrum. On cite un ou deux cas dans lesquels le lait a continué à couler pendant plusieurs années.

Il nous reste à faire connaître les conséquences de l'impossibilité d'expulser le fœtus par la voie naturelle, soit qu'il reste dans son kyste primitif, soit qu'il se forme autour de lui un kyste secondaire.

1° *Mort par épuisement.* Lorsque la grossesse extra-utérine se prolonge jusqu'à terme ou au-delà, plusieurs femmes succombent sans présenter de lésions organiques appréciables, à la suite des troubles organiques causés par la gestation et par la présence du fœtus vivant ou mort. On ne trouve ni rupture du kyste, ni hémorrhagie, ni inflammation du péritoine, ni travail d'élimination dans le kyste. Pour expliquer plus clairement ma pensée je ferai connaître les principales circonstances de quelques unes des observations qui s'y rapportent. Une femme de trente-six ans, d'une constitution délicate, enceinte pour la seconde fois et parvenue au terme de sa grossesse, fut transportée à l'hospice de la Maternité le 4^{er} août 1844. La grossesse de cette femme avait été très pénible; l'abdomen était depuis les premiers mois le siège d'une vive douleur, qui s'était aggravée à mesure que la