

1° Ou le premier fœtus se présente transversalement et obstrue complètement l'accès du détroit supérieur. Extraire le premier enfant par la version



Fig. 409. — Accrochement des deux fœtus.

ou au besoin par l'embryotomie. Si le second fœtus était facilement accessible, on pourrait essayer de l'extraire le premier avant de tenter l'embryotomie.

Ou le second enfant, s'étant insinué entre le premier et l'utérus, arrive ainsi à se présenter le premier, soit par le sommet (2° cas), soit par le siège (3° cas).

2° Par le sommet. — L'épaule de l'enfant qui se présente par le sommet peut être arrêtée par le cou du fœtus transversalement placé (fig. 409). —

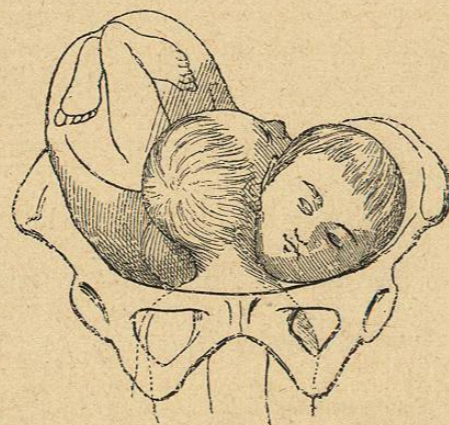


Fig. 410. — Accrochement des deux fœtus.

TENTER SUCCESSIVEMENT : 1° de libérer l'épaule, si l'introduction de la main est possible ; 2° d'extraire par le forceps l'enfant qui se présente par le sommet ; 3° de faire soit la craniotomie de la tête qui se présente ou la décollation de l'autre fœtus, suivant la facilité relative de l'une ou l'autre

opération, et suivant les chances de vie de l'un ou l'autre enfant. Extraire par la version interne l'enfant resté dans l'utérus.

3° Par le siège. — Accrochement possible de la tête de l'enfant engagé, au cou du fœtus resté dans l'utérus (fig. 410). — TENTER SUCCESSIVEMENT : 1° de libérer avec la main la tête du fœtus engagé ; 2° de faire la décollation de l'un ou l'autre enfant, et à moins que le fœtus resté dans l'utérus ne soit mort, on préférera la décollation de l'enfant à moitié sorti, à cause de la plus grande facilité de l'opération, et de la faible chance d'extraire vivant cet enfant. Amener l'enfant placé transversalement par la version interne.

7° Fœtus en hamac (fig. 404). — La sortie des deux fœtus est spontanément impossible. Extraire successivement les deux fœtus par la version interne.

## II. — TROIS A CINQ JUMENTS

Ces grossesses sont extrêmement rares. (Voir *Fréquence*, p. 548.) Leur diagnostic est possible avant le travail. La connaissance des difficultés qui ont attiré notre attention à propos des accouchements doubles, nous permettra de surmonter les causes de dystocie que nous pourrions rencontrer dans ces cas très exceptionnels.

### Aphorismes :

Avec les moyens de diagnostic que l'obstétrique possède actuellement, reconnaître une grossesse gémellaire pendant les derniers temps de son évolution fait partie du diagnostic courant.

Ne prévenez jamais une mère de l'existence de la grossesse gémellaire, même quand elle est certaine ; mettez seulement au courant une personne discrète de la famille.

Pensez à la gémellité quand, dans une famille où il y a des jumeaux dans les ascendants, il y a exagération du volume de l'abdomen pendant la grossesse.

## X

### GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

#### SOMMAIRE

Définition et variétés.  
Étiologie.  
Anatomie et physiologie pathologiques.  
Symptomatologie.  
Diagnostic.  
Pronostic.  
Traitement.

L'ovule, fécondé en général dans le tiers externe de la trompe, parfois même sur l'ovaire, peut se greffer pour son développement en divers points de la zone génitale, et constituer ainsi autant de variétés de grossesse.

Ces divers points d'implantation sont :

1. L'OVAIRE. — L'ovule reste dans la vésicule de DE GRAAF, dont la rupture a donné accès aux spermatozoïdes. *Grossesse ovarique.*
2. LE PÉRITOINE. — L'ovule fécondé tombe de l'ovaire dans le péritoine, en

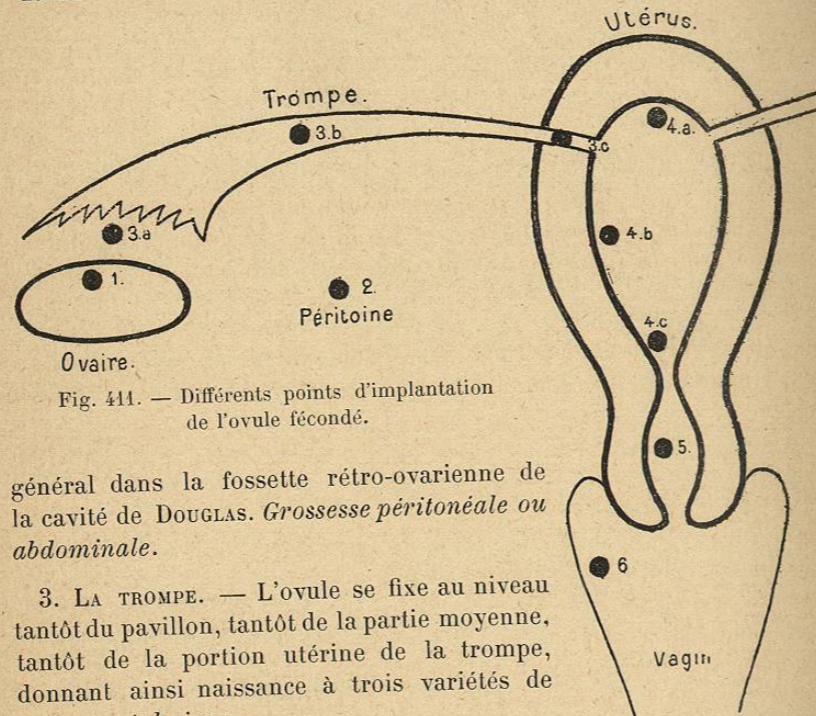


Fig. 411. — Différents points d'implantation de l'ovule fécondé.

général dans la fossette rétro-ovarienne de la cavité de DOUGLAS. *Grossesse péritonéale ou abdominale.*

3. LA TROMPE. — L'ovule se fixe au niveau tantôt du pavillon, tantôt de la partie moyenne, tantôt de la portion utérine de la trompe, donnant ainsi naissance à trois variétés de *grossesse tubaire* :

- a. *Grossesse tubo-ovarienne* ou du pavillon ;
- b. *Grossesse tubaire proprement dite* ;
- c. *Grossesse interstitielle* ou *tubo-utérine*.

4. LE CORPS DE L'UTÉRUS. — C'est l'implantation normale de l'ovule. *Grossesse utérine* ou *physiologique*.

- a. *Tantôt vers le fond de l'utérus* ;
- b. *Tantôt vers l'équateur* ;
- c. *Tantôt vers l'orifice interne (placenta prævia)*.

5. LE COL DE L'UTÉRUS. — *Grossesse cervicale*.

6. LE VAGIN. — L'ovule fécondé se grefferait sur la paroi vaginale elle-même. *Grossesse vaginale*.

La grossesse vaginale n'étant pas prouvée, et la cervicale se confondant avec l'insertion vicieuse du placenta<sup>1</sup>, nous restons en présence des quatre

<sup>1</sup> Voir Auvard. *De la conduite à tenir dans le cas de placenta prævia*, 1886. p. 7.

premières variétés, dont la dernière constitue la *grossesse utérine* ou *physiologique*, et les trois premières la *grossesse utérine* ou *ectopique*.

Il existe donc trois variétés de grossesse extra-utérine.

- 1° *Ovarienne* ;
- 2° *Péritonéale* ou *abdominale* ;
- 3° *Tubaire*.
  - a. *Tubo-ovarienne* ;
  - b. *Tubaire proprement dite* ;
  - c. *Interstitielle*<sup>1</sup>.

D'une façon générale on peut considérer les grossesses ovariennes comme excessivement rares ; presque constamment, sinon toujours, les grossesses extra-utérines sont tubaires au début, et quand elles deviennent abdominales ou péritonéales, c'est par le fait de la rupture de la trompe, ou de l'avortement tubaire.

Nous allons étudier en détail les causes, anatomie et physiologie pathologiques, symptomatologie, diagnostic, pronostic et traitement de ces diverses variétés.

#### ÉTIOLOGIE.

*Fréquence.* —  $\frac{1}{10000}$  grossesses environ.

*Grossesse ovarique.* — L'ovule présente une adhérence anormale à la vésicule de DE GRAAF, et il se développe sur place.

*Grossesse abdominale.* — La grossesse abdominale résulte ordinairement, sinon toujours, de la rupture de la grossesse tubaire ; elle est donc secondaire ; toutefois on a admis sans preuves bien nettes qu'elle pouvait être primitive, auquel cas le pavillon de la trompe, anormalement fixé par des adhérences péritonéales ou par une malformation congénitale, n'accomplit plus son rôle physiologique, qui est de recueillir l'ovule à sa sortie de l'ovaire pour le diriger vers l'utérus, de telle sorte que l'ovule fécondé tombe dans la cavité péritonéale, où il se développe.

*Grossesse tubaire.* — Toute cause susceptible de diminuer le calibre de la trompe, soit intra-pariétale (catarrhe), soit pariétale (rétrécissement), soit extra-pariétale (brides péritonéales, tumeurs de voisinage, maladie des annexes, malformations de la trompe), pourra amener l'arrêt de l'ovule fécondé et le développement d'une grossesse tubaire.

Cependant PAQUY (thèse de Paris 1897) montre que dans un grand nombre de cas la grossesse tubaire s'est produite chez des femmes n'ayant pas de passé génital pathologique ; l'examen histologique a en outre montré que les trompes, dans les faits de cet ordre, étaient modifiées par la gravidité, mais non altérées ; la grossesse tubaire se développerait donc dans des trompes saines ; c'est dire que l'étiologie est loin d'être encore élucidée.

<sup>1</sup> La grossesse interstitielle, quoique se développant dans la paroi utérine, est néanmoins dite extra-utérine, car en réalité l'ovule grandit en dehors de la cavité de l'utérus.

*Cas spéciaux.* — *Cas de LECLUYSE* : Femme ayant subi l'opération césarienne ; persistance d'une fistule utéro-abdominale, par laquelle passa l'ovule fécondé, pour se développer dans le péritoine. — *Cas de KÖEBERLÉ* : Ablation de l'utérus ; cloaque, où s'abouchaient trompe et vagin, et qui donna asile à l'œuf fécondé, pour s'y développer.

## ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES.

Il y a lieu d'étudier successivement : *a.* les phénomènes communs à toutes les variétés de grossesse extra-utérine ; — *b.* les phénomènes propres à chaque variété.

*a. Phénomènes communs.* — Le développement de l'œuf a lieu d'après les mêmes lois que dans la grossesse utérine normale. Fœtus, cordon, placenta, membranes, c'est-à-dire chorion et amnios, évoluent comme à l'état physiologique ; nous verrons plus tard comment se fait l'implantation du placenta, et la manière dont la caduque est remplacée.

Le fœtus, qui peut se développer normalement jusqu'à terme, succombe le plus souvent à une époque variable de la grossesse ; à partir de ce moment l'évolution est variable suivant les cas, et on observe tantôt :

1. La *dissolution*, susceptible de se produire alors que l'embryon est très petit ; à l'ouverture de l'œuf on ne trouve que du liquide amniotique, dans lequel flotte un fragment de cordon ;

2. La *conservation intégrale*. — Le fœtus, baignant dans le liquide amniotique, se conserve comme une pièce anatomique plongée dans l'alcool. SAPPÉY a rapporté un cas où le fœtus avait pu séjourner cinquante-six ans dans l'abdomen de sa mère ; à l'autopsie, il semblait récemment mort.

3. La *momification*. — Le fœtus, après avoir subi tous les phénomènes de la *macération*, se ratatine, se dessèche pour ainsi dire, quoique plongé dans du liquide, et arrive, suivant la comparaison de DEPAUL, à ressembler à une poupée de pain d'épice. Le séjour dans l'abdomen peut également, dans cet état, durer un certain nombre d'années.

4. La *lithopédisation*. — Le liquide amniotique se résorbe. Tous les tissus fœtaux subissent une dégénérescence progressive qui les transforme en une bouillie épaisse ; ceux-ci, s'infiltrant de sels de chaux, constituent enfin une masse dure, sorte de pierre qu'on désigne sous le nom de *lithopædion* (λίθος, pierre ; παιδίον, enfant). Le fœtus ainsi pétrifié peut séjourner indéfiniment dans l'abdomen ; tel est le cas de KUCHENMEISTER, où la durée de la rétention fut de cinquante-sept ans.

5. La *putréfaction*. — Cette complication ne survient en général que quand une ouverture (abcès) a donné accès à l'air jusqu'au fœtus ; elle peut cependant se produire avec l'intégrité des enveloppes, phénomène attribué, sans explication d'ailleurs satisfaisante, à la proximité de l'intestin et des matières fermentescibles qu'il renferme. La putréfaction du fœtus expose la mère à tous les dangers de la septicémie, si une intervention chirurgicale ne vient pas éloigner la source des accidents.

L'utérus, de même d'ailleurs que tout l'organisme de la femme, subit des modifications analogues à celles qui se produisent dans une grossesse nor-

male. Le *corps* de l'utérus augmente de volume ; dans l'intérieur de sa cavité se forme une *caduque*, qui sera expulsée à une époque variable. Le *col* se ramollit et s'hypertrophie légèrement. Les modifications utérines sont d'autant plus marquées que le kyste fœtal se développe plus près de l'utérus ; c'est dire qu'on les notera au maximum dans la grossesse extra-utérine interstitielle,

Tous les organes du petit bassin et de la région inférieure de l'abdomen subissent, par la présence du kyste fœtal, des phénomènes de compression et de déplacement plus ou moins notables.

*b. Phénomènes propres à chaque variété :*

1° *Grossesse ovarienne.* — Les spermatozoïdes ayant pénétré jusqu'à l'ovule après la rupture de la vésicule de DE GRAAF, celle-ci se referme, et c'est dans cette poche que va se développer l'œuf fécondé, présentant ainsi une certaine analogie avec un kyste de l'ovaire. Le tissu ovarien s'étale sur les parois du kyste. La grossesse peut ainsi atteindre son terme normal, mais le plus souvent il y a rupture à une époque variable ; fœtus et liquide amniotique sont versés dans la cavité péritonéale ; les symptômes sont alors, ainsi que nous le verrons, tantôt ceux d'une hémorragie interne, tantôt d'une péritonite.

2° *Grossesse abdominale.* — La grossesse abdominale ou péritonéale est *primitive* quand l'ovule se développe dès le début dans la cavité péritonéale ; elle est *secondaire*, ce qui constitue la règle, lorsque la grossesse, étant tubaire ou ovarique d'abord, le fœtus tombe dans l'abdomen entouré d'une partie de ses enveloppes, après rupture des tissus qui l'entouraient dans son premier siège.

Les partisans de la *grossesse abdominale primitive* ont admis que l'ovule se greffe sur le péritoine même ; en ce point va se développer le placenta, dont la formation sera possible grâce à l'hypertrophie et à la vascularisation des tissus maternels dans cette région ; le péritoine imite dans sa transformation locale la muqueuse de l'utérus gravide quand la grossesse est normale. Toutefois il n'y a pas formation de caduque, les membranes de l'œuf ou plutôt le chorion sont directement au contact de la surface péritonéale des organes voisins. L'irritation causée par la présence de l'œuf amène la formation de fausses membranes, qui forment une capsule plus ou moins épaisse et qui isolent l'œuf à la façon d'une poche kystique. L'ovule, suivant son siège d'implantation, peut se développer en avant de l'utérus, mais le plus souvent en arrière, ainsi que l'indique la figure 412.

La *grossesse abdominale secondaire* n'est possible qu'à une double condition : la première, que la rupture ait lieu au début de la grossesse ; la seconde, que les membranes ovulaires, c'est-à-dire l'amnios et le chorion, restent intactes, sinon la rupture se terminera par la mort de la femme, à moins qu'une intervention chirurgicale ne sauve la situation. — Dans cette transformation, le placenta conserve son point d'implantation primitif, les membranes seules forment hernie à travers l'ouverture donnant accès dans la

cavité péritonéale, de telle sorte que la grossesse n'est que partiellement transformée en variété abdominale.

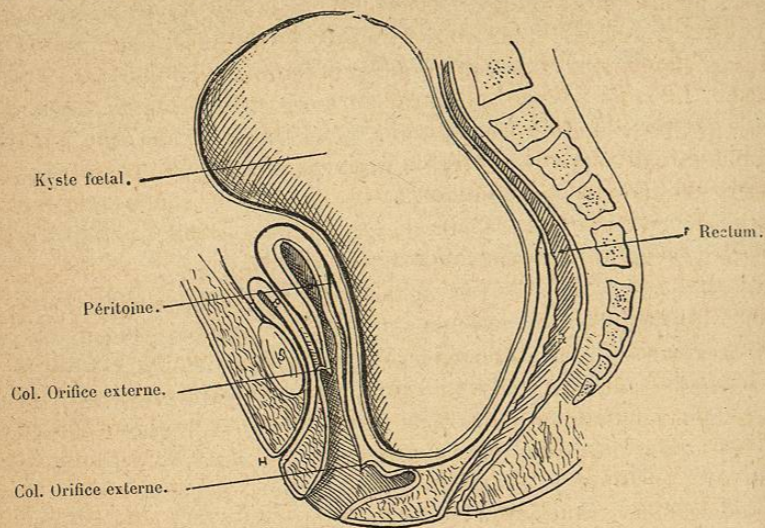


Fig. 412. — Grossesse extra-utérine développée dans la cavité de Douglas. (BANDL.)

3<sup>e</sup> *Grossesse tubaire.* — Trois variétés : *tubo-ovarique*, — *tubaire proprement dite*, — *interstitielle*.

Dans la *grossesse tubaire proprement dite*, l'ovule se développe dans la partie moyenne de la trompe. Celle-ci hypertrophiée et distendue peut permettre le développement de l'œuf jusqu'au terme de la grossesse, mais le plus souvent elle se rompt. Suivant le siège de la rupture, l'œuf est chassé — soit dans la cavité péritonéale, d'où hémorragie, hématocele, péritonite ou grossesse abdominale secondaire, — soit dans l'épaisseur des ligaments larges, d'où hématocele sous-péritonéale, phlegmon des ligaments larges ou continuation de la grossesse à l'abri même des feuillets constituant ces ligaments (*grossesse tubo-cellulaire*).

Dans la *grossesse tubo-ovarique*, l'ovule fixé dans le pavillon de la trompe est, à une certaine période de son développement, entouré par ce pavillon et par l'ovaire, le reste étant au contact du péritoine comme dans une variété abdominale. La grossesse tubo-ovarique se comporte d'ailleurs comme la grossesse abdominale.

La *grossesse interstitielle* siège dans la partie de la trompe qui chemine à travers le tissu utérin ; suivant que le développement se fait de préférence vers la cavité utérine ou vers la trompe, on distingue deux sous-variétés : *utéro-interstitielle*, *tubo-interstitielle*. Dans le second cas, la grossesse évolue comme dans la variété tubaire proprement dite ; dans le premier, l'œuf peut s'échapper partiellement ou complètement dans l'utérus, et l'évacuation avoir lieu par les voies naturelles. — On a également admis une grossesse interstitielle secondaire dans laquelle l'œuf, primitivement inséré dans la

cavité utérine, pénétrerait en se développant dans l'une des trompes qu'il distendrait (JACQUEMIER).

*Marche et terminaisons anatomiques.* — Nous avons vu précédemment les diverses modifications dont est susceptible le fœtus ; quant au kyste ovarien, il peut ou rester intact ou se rompre. La rupture a lieu, tantôt par simple excès de tension, et se fait en général dans le péritoine, tantôt après suppuration. La cavité ovarienne est transformée en un véritable abcès, dont l'ouverture est possible dans le péritoine, à la surface de la peau à travers la paroi abdominale, dans le ventre, le vagin, le rectum ou une autre partie de l'intestin, enfin dans l'utérus. Le pus, quand il s'échappe au dehors, entraîne les débris du fœtus ; la marche présente en pareil cas une grande analogie avec celle des abcès profonds de l'abdomen.

#### SYMPTOMATOLOGIE.

Tantôt la grossesse extra-utérine évolue sans accident et aboutit à la période où, soit avant, soit après le terme normal de la grossesse, l'enfant mort est retenu indéfiniment dans la cavité abdominale ; tantôt au contraire, à un moment quelconque de son évolution, survient un accident en général grave (rupture, péritonite), qui modifie la marche des événements.

Nous étudierons la symptomatologie de ces deux cas différents :

*a. Grossesse extra-utérine évoluant sans accidents.* — Trois périodes : *première*, qui s'étend du début de la grossesse à l'apparition des signes de certitude, *période d'incertitude* ; — *seconde*, qui va de la précédente au terme de la grossesse ou plutôt à la mort du fœtus, *période de certitude* ; — *troisième*, plus ou moins prolongée, qui se termine soit à la mort de la femme, soit à l'expulsion spontanée ou artificielle du fœtus, *période de rétention*.

La première période est séparée de la seconde par l'apparition des signes de certitude, et la seconde de la troisième par l'existence d'un faux travail.

Voyons chacune de ces périodes :

1<sup>o</sup> *Période d'incertitude.* — Les modifications de l'organisme (système digestif, système nerveux, mamelles, etc.) sont identiques à celles qu'on observe dans une grossesse normale ; la femme se doute qu'elle est enceinte.

Les règles sont supprimées ; toutefois des *hémorragies utérines* ne tardent pas à se produire, qui tantôt affectent l'intermittence des règles, tantôt au contraire sont irrégulières et capricieuses. Cet écoulement de sang peut s'accompagner de l'expulsion de débris de caduque, parfois même de la caduque tout entière.

La femme éprouve des *douleurs* plus ou moins vives dans la région abdominale inférieure et le petit bassin, douleurs dues soit à de petites poussées de péritonite ou simplement à du péritonisme.

Ces deux phénomènes, *douleurs* et *hémorragies*, ont une grande importance au point de vue du diagnostic, ainsi que nous le verrons ultérieurement.

*Examen direct* : l'auscultation permettra souvent, à partir du quatrième