

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES GROSSESSES EXTRA - UTÉRINES
ET EN PARTICULIER
DE LA GROSSESSE TUBAIRE,

Par le Dr Duguet,
Professeur agrégé à la Faculté de Paris,
Médecin des hôpitaux.

A peine sortie du domaine des fables où son histoire avait été longtemps reléguée, la grossesse extra-utérine devint l'objet d'un certain nombre de travaux intéressants qu'il est inutile d'énumérer ici. L'analyse, à laquelle furent d'abord et tout naturellement soumis les divers faits relatés, conduisit à ce premier résultat, de multiplier outre mesure les variétés observées auxquelles on donna, bien entendu, autant de noms différents. Toutes ces divisions, établies par Velpeau, Dezeimeris, Cazeaux, Nægele, etc., éclairèrent sans doute cette importante question, mais en obscurcirent certains côtés. De nos jours, la synthèse, basée sur les données anatomiques et cliniques, permet de ne mettre en relief que deux grandes classes autour desquelles vient se grouper toute l'histoire des grossesses extra-utérines. Avec les professeurs Stoltz (1) et Depaul (2), on peut donc distinguer deux espèces de grossesses extra-utérines, selon

(1) Nouveau Diction. de méd. et de chir. pratiques, t. XVII, p. 108. Paris 1873.

(2) De la grossesse extra-utérine péritonéale, p. 8. Paris 1874.

que l'œuf s'est développé dans le trajet de la trompe ou en dehors d'elles : 1° la grossesse tubaire, 2° la grossesse abdominale ou péritonéale.

Ces deux classes, qui comprennent toutes les variétés connues, offrent dans leur étude de nombreux points de contact, mais aussi comportent des particularités propres à chacune d'elle. Mon intention n'est pas d'aborder ces différents points qui rentrent dans l'histoire générale des grossesses extra-utérines. Il ne manque certes pas de travaux spéciaux à ce sujet où nous voyons la science et la pratique se donner la main.

Mais, ayant eu l'occasion d'observer, il y a quelques années à l'Hôtel-Dieu, quand j'étais chef de clinique de mon maître et ami, M. Bucquoy, un cas de grossesse tubaire fort remarquable à plus d'un titre, j'ai pensé que la publication de ce fait avec les réflexions qu'il m'a suggérées, ne serait pas dépourvue de tout intérêt.

En effet, si l'on consulte les travaux les plus modernes qui ont trait à la grossesse extra-utérine, en particulier le savant travail de Goupil (1), et l'article plus récent de M. Stoltz (2), on verra que s'il règne une entente à peu près générale sur la fréquence, le siège, le mode de terminaison, et sur certains signes des grossesses extra-utérines, on est moins généralement d'accord sur les causes, le mécanisme, sur certaines dispositions anatomiques, sur quelques autres signes, et enfin sur les rapports que l'on peut établir entre la grossesse extra-utérine terminée par hémorragie interne et l'hématocèle péri-utérine.

Le fait que je rapporte, discuté dans ses principaux détails, me permettra de reprendre un à un quelques-uns de ces points, en ajoutant, je l'espère, quelque chose à leur histoire.

OBSERVATION.

Grossesse tubaire de trois mois et demi environ; métrorrhagies; expulsion d'une caduque utérine; hémorrhagies internes successives. Mort. Autopsie.

Elisabeth Weish..., Agée de 27 ans, femme de ménage, entre à l'Hô-

(1) Bernutz et Goupil. Clinique médicale sur les maladies des femmes. Paris, 1860, p. 509.

(2) Loco citato.

l-Dieu, le 3 décembre 1867, salle Saint-Antoine, service de clinique (L. Bucquoy, professeur suppléant).

Elle comprend et parle mal le français, et ne peut donner sur ses antécédents que les renseignements suivants :

Née dans la Moselle, mariée, elle habite Paris depuis quelques années seulement (quartier de Gentilly). Elle est accouchée le 15 janvier 67; la grossesse d'alors et l'accouchement n'ont rien offert de particulier, et son enfant, bien portant, est actuellement au dépôt.

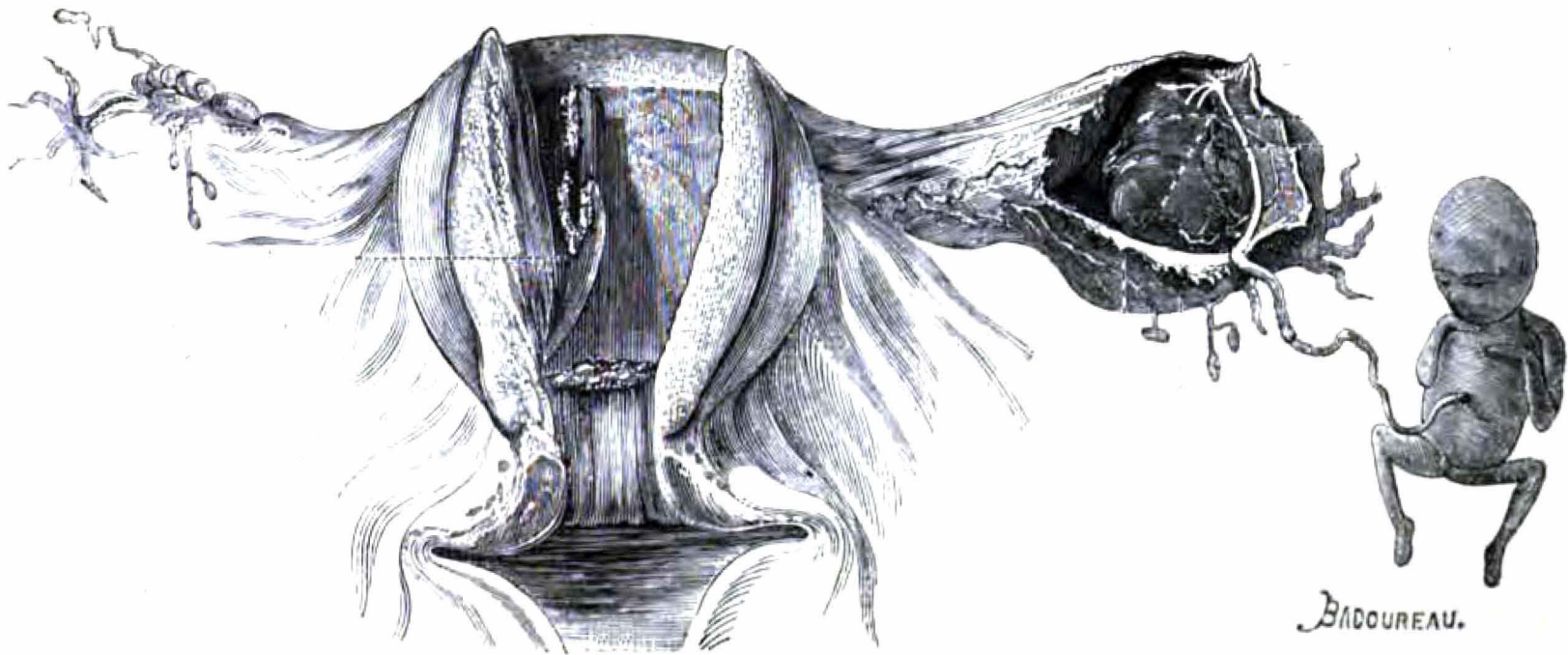
Il y a deux mois et demi, au lieu de voir venir ses règles qu'elle attendait, elle fut prise de pertes sanguines peu abondantes; ces pertes n'ont pas cessé depuis cette époque, composées tantôt d'un sang assez rouge, tantôt d'un sang roussâtre ou couleur chocolat, mais toujours en quantité modérée. En même temps elle souffrait de coliques avec sensibilité de tout le ventre, mais principalement à gauche; ces coliques survenant à des époques irrégulières, s'accompagnaient quelquefois de vomissements muqueux et verdâtres, et toujours d'un écoulement sanguin un peu plus abondant et plus rouge. Depuis deux mois et demi, Elisabeth a été obligée de suspendre plusieurs fois son travail, a perdu de ses forces, de son appétit, et surtout de son teint qui avait toujours été bon. Elle est devenue maigre et d'une grande pâleur; elle est facilement essoufflée; ses pertes, ses douleurs de ventre et sa grande faiblesse l'obligent à venir demander des soins à l'hôpital.

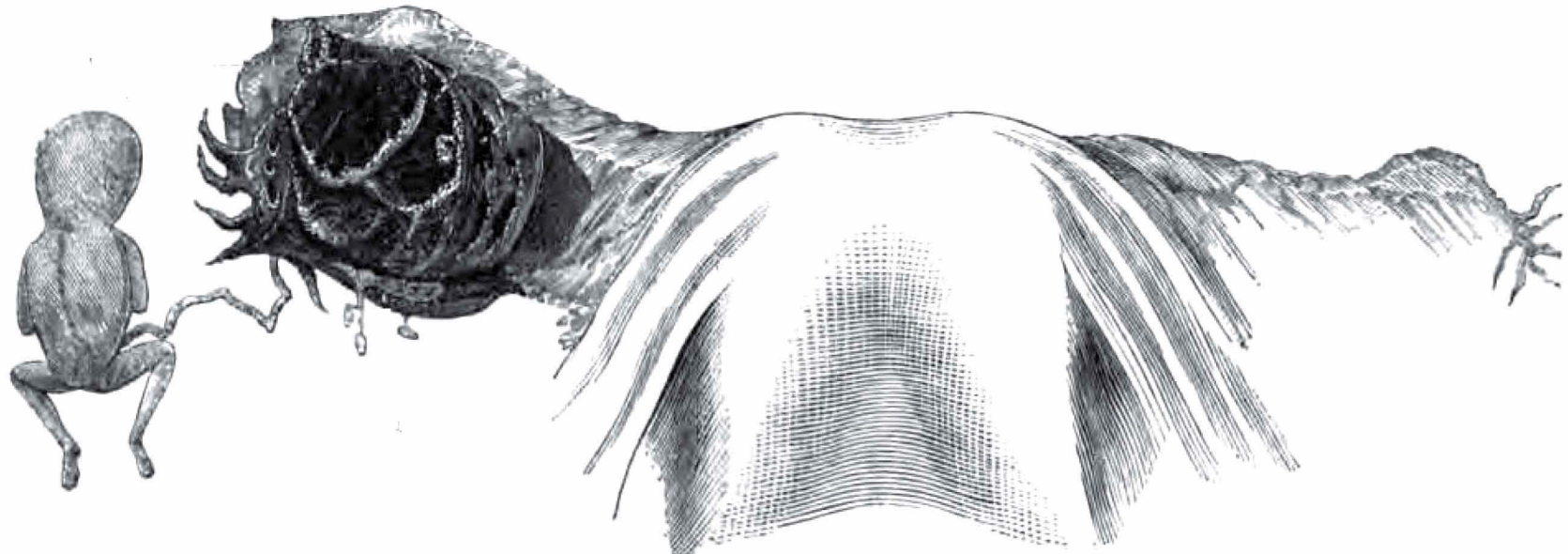
On constate facilement chez elle tous les signes d'une anémie profonde; ses conjonctives, son palais, ses gencives sont décolorés; il existe à la base du cœur et dans les vaisseaux du cou un souffle doux au premier temps. Le pouls est petit, filiforme, assez fréquent, mais le malade est sans fièvre.

L'abdomen est sensiblement tendu, très-douloureux à la pression, qui empêche de rechercher s'il se trouve profondément quelque tumeur ou néfaction se rattachant à l'utérus ou à ses annexes; la douleur spontanée et à la pression est toujours plus considérable du côté gauche. On est forcé de s'en tenir aux données fournies par le toucher vaginal.

Le col est volumineux, ramolli et entr'ouvert; l'extrémité du doigt pénètre facilement; sa face interne semble tapissée de villosités. L'écoulement par le vagin continue avec les caractères indiqués précédemment.

Du 3 au 8 décembre, l'état de la malade est à peu près stationnaire; même pâleur, même faiblesse, mêmes pertes semblant exagérées de temps en temps par des coliques assez violentes, accompagnées d'écoulements de vomir et de vomissements quelquefois bilieux; toujours même sensibilité du ventre; il existe parfois des frissons suivis de chills fébrile de peu de durée; la soif, ordinairement nulle, est alors





assez grande ; l'anorexie est telle que la malade prend fort peu d'aliments.

Ces phénomènes, joints à quelques autres signes toujours incertains de grossesse au début, font naître naturellement l'idée d'une fausse couche accompagnée de lésions inconnues des annexes ou du péritoine.

Dans la journée du 8, Elisabeth est prise de coliques plus douloureuse, et, dans de grands efforts d'expulsion, elle rend par le vagin une membrane molle, teintée de sang et comme roulée. Après avoir versé un filet d'eau sur cette membrane, il est facile de reconnaître une exfoliation de la muqueuse utérine, une véritable *caduque*, représentant exactement la cavité agrandie du corps de l'utérus, (pl. I, C). Elle forme un sac plus large au fond qu'à l'entrée ; ce sac est complet près de son orifice, mais incomplet vers le fond, par suite d'une perte de substance répondant évidemment à l'un des angles de la cavité utérine, et déterminant une échancrure allongée, à bords un peu irréguliers. La face externe de ce sac membraneux est villeuse et teintée de sang ; sa face interne est lisse comme toute surface épithéliale ; les parois en sont épaisses de plus d'un millimètre et résistantes.

L'expulsion de cette caduque semble bien confirmer l'idée d'un avortement ; cependant l'œuf manque, à moins qu'il n'ait passé inaperçu, et la continuation des accidents, leur aggravation surtout les jours suivants, engagent à suspendre toute affirmation positive à cet égard.

En effet, les pertes continuant, les coliques augmentent ; dans la nuit du 12 décembre, elles deviennent plus menaçantes, et le 13 à quatre heures du soir, la malade est prise d'une crise plus violente, avec frissons réitérés, lipothymies répétées, pouls à peine sensible, hoquets, pâleur extrême de la face, sueurs froides, vomissements, quelques soubresauts de tendons, et, après une heure et demie environ, elle meurt subitement dans une syncope.

Autopsie. — Vingt-quatre heures après la mort.

a. Foyer hémorragique. — En ouvrant le ventre, il sort de la cavité péritonéale et du bassin plus d'un litre de sang liquide et noirâtre ; ce sang a donné aux anses intestinales en contact avec lui une coloration rouge d'imbibition. En écartant ces anses, que quelques fausses membranes filamenteuses anciennes relient l'une à l'autre ainsi qu'aux parois du bassin, on trouve ce dernier rempli de caillots d'un rouge foncé, ressemblant aux caillots passifs des anévrysmes, et, tout à fait dans le cul-de-sac utéro-rectal, des caillots grisâtres, moins friables, formant une couche assez épaisse, non feuilletée, et remontant certainement à une époque plus ancienne ; ces derniers ont, au contraire, une certaine analogie, par leurs caractères, avec les caillots dits actifs des anévrysmes. Le péritoine est épaissi et doublé de

fausses membranes peu épaisses au niveau de ces caillots grisâtres.

b. Trompe gauche et kyste fœtal. — Ensuite on découvre facilement une tumeur du volume du poing, reposant immédiatement sur ces caillots anciens, et couverte elle-même par des caillots récents. Sa forme est arrondie, sa couleur d'un rouge violet foncé, et de gros vaisseaux sanguins parcourent sa surface. (Pl. I, I.) Cette tumeur est légèrement fluctuante, principalement dans sa partie antérieure. Elle est reliée fortement au côté gauche de l'utérus par la trompe qui est très-développée, et dont on retrouve le pavillon avec ses franges épanouies au côté externe de la tumeur. (Pl. I, H. — Pl. II, B'). Le kyste s'est évidemment développé dans la partie la plus évasée de la trompe.

Nettoyée du sang qui la recouvre, la tumeur présente une enveloppe lisse et régulière; mais, en arrière, on découvre à cette enveloppe plusieurs éraillures qui ne paraissent pas toutes de même date (Pl. II, C'C'C'); ce sont des déchirures véritables, irrégulières, allongées pour la plupart de haut en bas ou de droite à gauche; les plus externes semblent plus larges, arrondies et plus récentes. Les lèvres très-minces de ces déchirures laissent voir un tissu charnu, comme spongieux et très-vasculaire, faisant pour ainsi dire effort pour s'échapper par ces ouvertures; les déchirures externes, où le tissu charnu paraît mis à nu plus fraîchement et dans une plus grande étendue, correspondent vraisemblablement à la dernière hémorragie qui a été mortelle, car tout fait présumer que les hémorragies internes et successives n'ont pas eu d'autre source.

En ouvrant et déchirant la tumeur sur sa face antérieure (Pl. I, EE), on voit que l'enveloppe y est également mince et fragile, et l'on tombe sur une poche contenant une certaine quantité de liquide un peu citrin et transparent, dans lequel nage un fœtus de 3 mois à 3 mois 1/2 environ, parfaitement conformé. Ce fœtus (Pl. I, F) est relié par un long cordon à un placenta bien développé, qui occupe la partie postérieure du kyste amniotique (Pl. I, G); le cordon aboutit à ce placenta, non par le centre, mais par le bord supérieur et externe, et ses vaisseaux s'étalent de là à tout le placenta (placenta en raquette). Les masses charnues, qui font hernie par les déchirures postérieures et accidentelles de la tumeur, sont précisément les cotylédons de la face adhérente du placenta (Pl. II, C'C'C').

c. Ovaire. — Quant à l'ovaire, on le retrouve immédiatement au-dessous et en arrière du kyste fœtal, accolé à sa partie inférieure (Pl. II, D'); il est plus volumineux que celui de droite. Tout le ligament large présente d'ailleurs un plexus vasculaire, dont le développement contraste avec le peu de vaisseaux apparents du côté opposé. De petits kystes séreux sont appendus à l'ovaire gauche par des pédicules assez longs et grêles.

d. Utérus. — Le corps de l'utérus, notablement dévié à droite, a doublé de volume; à la coupe, on reconnaît que son tissu est plus épais, plus mou et plus vasculaire; sa cavité est agrandie, sa face interne lisse et rouge; sa muqueuse a disparu, sauf dans l'angle et à la corne du côté droit, qui sont occupés (pl. I, B) par un débris membraneux exfolié et faiblement retenu aux parois utérines. Ce débris membraneux a précisément la forme de l'échancrure signalée à la caduque utérine expulsée avant la mort (pl. I, C); elle la complète exactement.

Le col, hypertrophié comme le corps, présente près de son orifice les saillies villosités constatées par le toucher pendant la vie.

e. Annexes du côté droit. — La trompe, l'ovaire et le ligament large du côté droit n'offrent rien à noter. Quelques tractus filamenteux les rattachent faiblement en arrière aux parois du bassin.

f. Viscères. — L'autopsie des autres parties du corps ne révèle rien qui soit important à signaler ici. Le foie, les reins, la rate sont petits et exsangues; quelques adhérences lamelleuses rattachent la face supérieure du foie au diaphragme; le cœur, très-contracté, ne renferme ni caillots, ni sang.

Remarques. — Voilà donc une femme âgée de 27 ans, d'ordinaire bien portante, ayant eu un enfant il y a presque un an, qui souffre depuis deux mois et demi de coliques accompagnées de vomissements et de pertes sanguines peu abondantes, mais continues; en même temps elle a pâli singulièrement, son appétit et ses forces ont beaucoup diminué. Elle entre à l'hôpital avec tous les signes d'une anémie profonde, perd dans un effort d'expulsion une caduque utérine presque complète, ce qui fait penser à un avortement, et meurt quatre jours après avec tous les signes d'une hémorrhagie interne. On trouve, en effet, dans le bassin, un vaste épanchement de sang en partie liquide et en partie coagulé; des caillots plus anciens se voient dans le cul-de-sac utéro-rectal, et ce sang a sa source dans les ruptures que l'on constate à la face postérieure d'un kyste fœtal de la trompe gauche, au niveau de l'insertion placentaire. Telle est, en résumé l'observation que nous venons de rapporter.

On est unanime à reconnaître que les signes de la grossesse extra-utérine sont tout à fait incertains pendant les trois premiers mois; et, en particulier dans la grossesse tubaire, la mort de la femme vient ordinairement surprendre le médecin avant qu'il ait eu le temps d'être fixé sur la nature des accidents qu'il

observe; aux signes vagues du début de la grossesse s'en joignent qui appartiennent aussi bien à la péritonite et aux hémorragies internes, et la mort survient plus ou moins rapidement dans une syncope. Telles sont les incertitudes par lesquelles nous avons dû passer, tel est le tableau fidèle du fait que nous avons observé. Il n'en est pas moins vrai pourtant que la plupart des signes qui marquent habituellement le début de la grossesse extra-utérine se sont montrés chez notre malade, à savoir : *retard dans l'apparition des règles, métrorrhagie peu abondante, mais continue, vomissements, douleurs abdominales violentes principalement d'un côté du ventre, anémie profonde*, enfin du côté de l'utérus une augmentation de volume notable, à en juger par la tuméfaction du col dont les lèvres étaient molles et entr'ouvertes. Quant au fait bizarre et assez exceptionnel de l'*expulsion d'une caduque*, s'il confirma l'existence de la grossesse, il nous jeta dans l'erreur en nous faisant penser à un simple avortement.

a. — *Retard dans l'apparition des règles suivi d'une métrorrhagie peu abondante, mais continue.* — Velpeau (1), dans son intéressant article, rappelle déjà qu'on a invoqué la *persistance des règles* comme signe de la grossesse extra-utérine; mais il ajoute que si cette persistance des règles l'accompagne quelquefois, elle manque souvent, ainsi que d'autres signes pareillement invoqués, ce qui lui donne par cela même assez peu de valeur.

Cependant Goupil, qui a étudié la question à l'aide d'observations plus récentes et plus précises, insiste au contraire sur l'importance d'un pareil signe et définit nettement ses caractères. « Toutes les malades, dit-il, avaient eu leurs règles supprimées, et la présence seule des métrorrhagies avait pu faire croire à un simple retard de la menstruation, parce qu'on n'avait pas tenu compte des caractères très-différents qui les distinguent des règles, et surtout de leur défaut de périodicité, signe distinctif, sur lequel Mme Lachapelle insiste avec raison.... Ces pertes ont toujours été regardées, et avec raison, comme un des accidents les plus habituels des grossesses

(1) Diction. en 30 vol., t. XIV, p. 411.

Ann. gyn., vol. 1^{er}.

« extra-utérines ; dans nos observations, les métrorrhagies ont
« été si fréquentes qu'elles pourraient presque être considérées
« comme constantes, puisque, dans six observations seulement,
« elles n'ont pas été notées. Leur longue durée, l'existence de
« redoublements variables, mais non périodiques, le peu d'in-
« fluence que paraissent exercer sur elles soit le repos, soit le
« traitement employé, enfin la présence de ces phénomènes
« nerveux qui accompagnent régulièrement la menstruation, et
« la présence de douleurs qui s'accroissent en même temps que
« l'abondance de l'écoulement sanguin, ne doivent pas permet-
« tre de les confondre avec les règles » (1).

(à suivre).

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES GROSSESSES EXTRA-UTÉRINES

ET EN PARTICULIER
DE LA GROSSESSE TUBAIRE,

Par le Dr Duguët,

Professeur agrégé à la Faculté de Paris,
Médecin des hôpitaux.

(Suite et fin.)

Notre observation étant d'accord, en tous points, avec l'opinion si explicite de Goupil, nous tenions à reproduire textuellement ce passage remarquable de son livre. Aussi avons-nous été singulièrement surpris de voir M. Stoltz, dans son article déjà cité sur la grossesse extra-utérine, ne pas s'arrêter un instant sur un signe auquel Goupil attache, avec raison, croyons-nous, une si grande importance. Il rapporte seulement que Heine donne comme signe, dans un cas, l'écoulement par le vagin de mucosités sanguinolentes. Ce n'est pas que M. Stoltz nie ce phénomène, mais il ne le discute pas, il n'en indique pas la valeur symptomatique, et il se contente de dire : « On peut, à bon droit, considérer comme *hémorrhagique* tout écoulement sanguin qui survient pendant la grossesse anormale, jusqu'au moment où le fœtus est mort. » Au point de vue physiologique on ne saurait contester l'opinion de M. Stoltz. Sans doute que, pour sa part, il n'a pas été frappé, comme l'ont été les auteurs auxquels Velpeau fait allusion, comme Goupil surtout, de la grande fréquence de ce phénomène, et nous voyons en effet ces hémorrhagies manquer dans quelques-unes des observations les plus récentes que nous avons étudiées, en particulier dans celles si complètes à tous égards et si instructives de M. Luton (1) et de M. Pierreson (2), observations sur lesquelles nous reviendrons plus loin.

(1) *Bullet. de la Soc. anat.*, 1858, p. 505.

(2) *Bullet. de la Soc. anat.*, 1861, p. 25.

Serait-ce que ces métrorrhagies n'auraient point la même fréquence selon que la grossesse est tubaire ou abdominale? Dans notre cas particulier de grossesse *tubaire*, cette métrorrhagie a été très-remarquable; dans ceux de M. Luton et de M. Pierreson, où la grossesse était *abdominale*, cette métrorrhagie a manqué. La congestion hémorrhagique de l'utérus se verrait-elle plutôt dans la grossesse tubaire, parce que, la trompe n'étant que la continuation des cornes utérines, le travail dont elle est le siège retentirait plus facilement sur le tissu utérin, ce qui n'aurait pas lieu dans la grossesse abdominale? Notons que Goupil (1) a déjà remarqué la grande rareté des métrorrhagies dans les cas de grossesse extra-utérine qui guérissent, et l'on sait que celles-ci sont plutôt les grossesses abdominales, puisque les tubaires se terminent d'ordinaire par rupture, hémorrhagie interne et la mort. Il se pourrait donc que les grossesses *abdominales* soient en réalité moins souvent accompagnées de métrorrhagies que les grossesses tubaires. C'est là, on le conçoit, une induction permise, mais qui demande encore de nouvelles recherches.

Toutefois, nous verrons plus loin que le retentissement de la grossesse abdominale sur l'utérus est encore assez puissant pour qu'elle y provoque, tout comme la grossesse tubaire, l'exfoliation de la muqueuse sous la forme d'une *caduque*; les deux cas particuliers de M. Luton et de M. Pierreson en sont la preuve.

Quoi qu'il en soit, notre observation démontre une fois de plus qu'un retard dans l'apparition des règles, suivi d'une métrorrhagie peu abondante mais continue, est un signe probable de grossesse extra-utérine.

b. — Changements dans l'état du col et du corps de l'utérus. Tumeur péri-utérine. — Tous les auteurs insistent sur le ramollissement et l'écartement des lèvres du col utérin, sur l'augmentation de volume du corps de la matrice et aussi sur la déviation de cet organe en rapport avec le développement d'une tumeur, soit à droite, soit à gauche, tumeur distincte de l'utérus et qui serait le kyste fœtal. Certes, s'il était toujours facile de constater cette dernière particularité d'une tumeur qui se développe à

(1) *Loco citato*, p. 544.

droite ou à gauche de l'utérus, alors que se montrent les divers signes d'une grossesse au début, il pourrait arriver que la probabilité d'une grossesse extra-utérine se changeât, même avant le troisième mois, en certitude. Malheureusement, il n'en est pas ainsi, et cette tumeur péri-utérine que l'on étudie si bien après la mort, il est souvent impossible de l'apprécier comme on le désirerait pendant la vie. La plupart des malades n'ont-elles pas présenté, en effet, des coliques violentes, des douleurs intolérables dans le ventre, principalement au niveau de la tumeur, douleurs qui ont empêché plus d'une fois de juger exactement son siège et ses caractères? Chez notre malade, les douleurs abdominales ne nous ont jamais permis de pousser assez loin les investigations; nous avons toujours été arrêté par les souffrances violentes que causait principalement l'exploration du côté gauche où siégeait le kyste fœtal, et force fut de nous en tenir au toucher vaginal seul. Sans doute de telles douleurs s'expliquent par la présence d'une péritonite plus ou moins étendue dont on retrouve les preuves à l'autopsie, et cette péritonite, compagne habituelle des grossesses extra-utérines et cause de ces vomissements répétés plus d'une fois signalés, tient sans doute au développement du kyste fœtal, ou plutôt aux éraillures qui aboutissent en définitive à des déchirures suivies d'une hémorrhagie plus ou moins rapidement mortelle. Il va sans dire que ces éraillures successives donnent vraisemblablement naissance à de petites hémorrhagies internes, et qu'il faut attribuer à ces dernières l'anémie profonde que relèvent la majorité des observateurs, alors même que les métrorrhagies dont nous avons parlé ont complètement fait défaut.

Par conséquent, s'il est vrai que le ramollissement du col et l'augmentation de volume du corps de l'utérus, joints à la présence d'une tumeur péri-utérine, viennent augmenter les probabilités d'une grossesse extra-utérine, nous croyons qu'il est bon d'insister sur les difficultés que l'on peut rencontrer dans la constatation de cette tumeur, sur la violence des douleurs que la malade éprouve à son niveau et qui tiennent à une péritonite de voisinage, et enfin sur l'anémie profonde dont paraissent atteintes la plupart des malades.

c. — Caduque utérine. — On peut dire que l'exfoliation de la muqueuse de l'utérus dans le cours de la grossesse extra-utérine ne fait de doute aujourd'hui pour personne. « La membrane caduque, dit M. Bernutz, revêt la cavité de la matrice pendant le cours des grossesses extra-utérines » (1). En même temps que la matrice augmente de volume, « il se passe, dit M. Stoltz (2), dans l'intérieur de l'utérus, dans la grossesse anormale, absolument ce qui se voit dans la grossesse normale, la muqueuse se boursoufle, l'épithélium se transforme, il se développe une caduque utérine qui tapisse toute la surface interne de l'organe.... »

Il s'en faut pourtant qu'on ait admis facilement l'existence de cette caduque dans les grossesses par erreur de lieu, et il est curieux de lire à ce sujet toutes les discussions qui se sont élevées au sein de la Société anatomique, il y a trente ans et plus, et où l'on s'évertuait à démontrer que cette idée de la caduque utérine, mise en avant par Hunter, défendue par Chaussier et plus tard par Cazeaux (3), est une idée absolument erronée.

Quand on étudie de près quelques-unes des observations qui ont servi pour combattre cette opinion de l'existence d'une caduque, on peut se convaincre d'abord qu'on a pris plus d'une fois des inclusions fœtales pour des grossesses extra-utérines ; le savant rapport de Pigné (4) le démontre péremptoirement. Mais les conclusions du rapport de Cazeaux, à propos du cas de grossesse tubaire présenté par Fleury, nous paraissent assez formelles pour devoir être reproduites ici : « La formation de la caduque utérine a toujours lieu dans tous les cas de grossesse extra-utérine. — Ceux qui ont cru ne pas la trouver, quoiqu'ils disent avoir observé un boursoufflement de la muqueuse utérine, se sont trompés et l'ont méconnue ; — enfin, dans les cas rares où rien de semblable à une membrane n'a été trouvé dans la cavité utérine, ou bien on a mal observé, ou bien l'examen des pièces a été fait à une époque très-

(1) *Loco citato*, p. 425.

(2) *Loco citato*, p. 110.

(3) *Bullet. de la Soc. anat.*, 1836, p. 210.

(4) *Bullet. de la Soc. anat.*, t. II, 1846, p. 200.

« avancée de la grossesse, longtemps après la mort du fœtus, « lorsque la membrane caduque avait disparu. » L'étude des faits publiés depuis la date à laquelle Cazeaux écrivait, donne le droit de considérer ces conclusions comme étant encore parfaitement exactes.

La caduque formée peu de temps après la fécondation, comme dans la grossesse normale, disparaît, soit d'une façon imperceptible, en s'usant pour ainsi dire, et s'en allant par parcelles ténues, soit d'un bloc et presque en entier. Cette chute complète de la caduque, qui est l'un des traits les plus curieux de notre observation, a dû se produire plus d'une fois et passer inaperçue, en particulier dans les cas de grossesse extra-utérine accompagnés de métrorrhagie, et il n'est pas douteux que cette chute ignorée de la caduque a pu servir dans quelques cas pour combattre l'idée de son existence.

Ce fait singulier de la chute d'une caduque entière n'est pas relevé dans les ouvrages que nous avons consultés ; cependant, nous devons croire qu'il a déjà été observé. Guillemot (1) lui fait allusion quand il parle de l'erreur dans laquelle les métrorrhagies peuvent faire tomber. « Des douleurs expulsives se développent, dit-il, et donnent lieu à la sortie, à travers des caillots de sang, d'un corps étranger que l'homme de l'art pourrait regarder comme l'un des débris de l'embryon ou du placenta. L'idée d'avortement se confirme encore par l'apparition d'une perte. » Cette erreur que signale Guillemot est précisément celle dans laquelle nous nous étions engagé nous-même.

Duverney (2) rapporte l'histoire d'une femme de 21 ans, se croyant enceinte de deux mois environ, atteinte de métrorrhagie depuis huit jours et qui fut prise de douleurs violentes dans le bas-ventre, avec faiblesses répétées, au milieu desquelles elle ne tarda pas à succomber. Il apprit « qu'il s'était évacué quelque chose avec douleur en allant à la selle, » et il crut que c'était un fœtus ; mais l'autopsie lui démontra que la malade

(1) *De la grossesse extra-utérine. Archiv. gén. de méd.*, t. XXVIII, p. 212. 1832.

(2) *Œuvres anat.*, t. II, p. 335.

avait succombé à la rupture d'un kyste foetal développé dans la trompe gauche.

Bien que l'examen du corps expulsé n'ait pas été fait, il est raisonnable de supposer que c'était une caduque échappée de l'utérus dans un effort, peu de temps avant la mort de la malade.

S'il peut planer des doutes dans le fait de Duverney, il ne saurait en être de même dans celui que rapporte M. Gallard (1) et qui a été observé par Huguier. Il s'agit d'une femme de 25 à 26 ans, ayant eu deux grossesses antérieures, qui, se croyant enceinte, vient consulter Huguier en 1857, au sujet de *perles* qu'elle éprouve depuis quelques jours; ces pertes de sang, peu abondantes, s'accompagnaient de quelques tranchées et de courbature; elle en souffrait depuis quinze jours, quand elle rendit, au milieu de caillots sanguinolents, une pseudo-membrane que P. Dubois, appelé en consultation, considéra comme une *caduque imparfaite*. Le même jour on sentit par le vagin une tumeur placée en arrière, tumeur qui, devenue bientôt fluctuante, fut ponctionnée deux fois, et donna issue à une certaine quantité de sang fétide, en partie rouge et en partie couleur chocolat.

Dans le fait suivant, de M. Pierreson (2), on remarquera une similitude surprenante avec celui qui nous occupe. Aussi, croyons-nous devoir le rapporter assez longuement. Il est question d'une femme de 24 ans, entrée à Beaujon, dans le service de M. Béhier. Elle est accouchée une première fois, il y a quelques années, et depuis deux mois ses règles sont suspendues. Tout fait présumer qu'elle est enceinte de nouveau; elle vomit de temps à autre, a des coliques fréquentes, le col utérin est ramolli, tuméfié, entr'ouvert; mais ses forces ont singulièrement diminué, et elle est atteinte d'une *anémie profonde*. Six jours après son entrée, elle est prise pendant la nuit de coliques plus violentes qui durent quatre à cinq heures, à la suite desquelles le vagin laisse passer ce que la malade appelle *une peau*. C'est une sorte de *sac* de la forme de la cavité utérine distendue; sa

(1) T. Gallard, *loco citato*, p. 679.

(2) *Bullet. de la soc. anat.*, 1861, p. 25.

surface externe est tomenteuse et villeuse, les surfaces internes accolées sont plus lisses. Chaque feuillet peut avoir 1 millimètre d'épaisseur; il existe une *solution de continuité à l'un des angles supérieurs du sac*. Le microscope démontre que cette membrane est une *caduque*, car elle contient tous les éléments de la muqueuse utérine hypertrophiée. Pendant deux jours la malade se trouve relativement bien, mais le lendemain à sept heures du matin, elle est prise de coliques brusques et violentes avec frissons et vomissements, sueurs froides, faiblesses, convulsions, syncope, et elle meurt. L'autopsie démontre l'existence d'une grossesse que M. Guyot (1), dans son intéressant rapport, croit être abdominale et non tubaire. Le kyste fœtal développé à la partie supérieure du ligament large droit s'était rompu au niveau de l'insertion du placenta sur le corps de l'utérus; l'ovaire droit était plus volumineux que le gauche, et l'utérus, qui avait à peu près doublé de volume, présentait une cavité utérine *lisse*, sans muqueuse, *sauf à la corne gauche qui était tomenteuse comme une caduque*.

N'est-ce pas l'image exacte du fait que nous rapportons, dans lequel quatre jours avant la même terminaison fatale, une caduque presque complète est expulsée avec des coliques violentes et des efforts? Une portion correspondant à la corne droite reste dans la matrice, et l'autopsie l'y fait découvrir également. Dans le cas de M. Pierreson, le kyste fœtal est à droite et la caduque reste en partie adhérente à la corne gauche; dans le nôtre, le kyste est à gauche, et la caduque laisse un débris adhérent à la corne droite. La mort a lieu dans les deux cas par syncope, deux jours après l'expulsion de la caduque dans le cas de M. Pierreson, quatre jours après dans le nôtre.

Il semble donc d'après ces quelques faits, les seuls de ce genre que nous connaissions d'une façon explicite, que l'expulsion de la caduque précède de peu d'instant les accidents qui peuvent entraîner la mort, et il est permis de croire que cette expulsion est provoquée par les contractions synergiques

(1) *Bullet. de la Soc. anat.*, 1864, p. 28.

Ann. gyn., vol. I.

de l'utérus, au moment où le kyste fœtal subit lui-même le travail d'accroissement qui le conduit d'ordinaire à la rupture. D'où l'on peut inférer que cette chute de la caduque serait du plus fâcheux augure. Des faits ultérieurs permettront sans doute de contrôler cette opinion.

d — Terminaison par rupture; sources de l'hémorrhagie. — La terminaison par rupture et hémorrhagie interne paraît être la règle dans la grossesse tubaire, et cette rupture a lieu fréquemment du deuxième au quatrième mois; en cela notre observation n'offre rien d'insolite, puisque la rupture semble s'être opérée entre le troisième et le quatrième mois. L'œuf contenait un fœtus de trois mois et demi environ, parfaitement muni de son cordon, de son placenta, et nageant dans un liquide amniotique.

Bien que l'on ait quelquefois rencontré le fœtus perdu au milieu des caillots du petit bassin, par suite de la déchirure de l'œuf, il est certain que le plus souvent l'œuf est resté intact alors que l'enveloppe du kyste fœtal a été trouvée rompue.

Ordinairement aussi les observateurs se bornent à signaler cette déchirure de l'enveloppe externe, en constatant l'intégrité de la membrane amniotique, et, bien que certaines descriptions le donnent à entendre, on ne voit pas aussi nettement que dans notre cas et dans ceux de M. Luton et de M. Pierreson, l'hémorrhagie avoir sa source au point d'insertion du placenta lui-même. Est-ce le placenta, ne serait-ce point plutôt la membrane externe, la trompe partout décrite comme étant devenue le siège de riches plexus vasculaires, qui aurait donné naissance, en se déchirant, à ces vastes épanchements sanguins? Il serait difficile d'affirmer quelque chose de bien positif à cet égard; de fines injections pratiquées en pareil cas et que nous n'avons point faites permettraient sans doute de résoudre cette question.

e — Rapports de la grossesse extra-utérine avec l'hématocèle péri-utérine. — Notre intention n'est pas de reprendre la discussion toujours pendante au sujet de la fréquence des grossesses extra-utérines comme cause des hématocèles péri-utérines. On consultera avec fruit les travaux de M. Gallard sur ce point (1).

(1) Gallard, *Leçons cliniques sur les maladies des femmes*; Paris, 1873.

Qu'il nous suffise de rappeler qu'il faut parfois des recherches patientes et multipliées pour retrouver au milieu des caillots de l'hématocèle l'œuf fécondé; le fait récent qui a servi de texte à M. Béhier pour une savante clinique en est un bel exemple (1); nous n'avons pas rencontré, quant à nous, ces difficultés.

Il est démontré par les résultats de l'autopsie que, dans notre cas, avant l'hémorrhagie abondante qui a tué la malade, il s'était fait à une ou plusieurs reprises des hémorrhagies, que ces hémorrhagies provenaient du kyste foetal, et qu'elles avaient donné lieu à des accidents péritonéaux qui se sont de jour en jour aggravés. Les caillots grisâtres et plus fermes du cul-de-sac utéro-rectal, ainsi que les fausses membranes environnantes, en sont la preuve irrécusable. Malgré tout l'intérêt qui se rattache à ces lésions qui sont celles d'une véritable hématocèle, on conçoit que nous ne voulions pas nous étendre longuement sur elles.

f— *Causes de la grossesse extra-utérine.* — Ce chapitre contient beaucoup d'incertitudes que nous ne sommes guère en mesure de dissiper. Néanmoins en dehors des causes banales qui sont invoquées, il est une considération que nous croyons devoir faire ressortir.

Une grossesse extra-utérine ne signifie pas autre chose, ce nous semble, que la possibilité qu'a eue le sperme d'arriver par la trompe jusqu'à l'œuf, que l'impossibilité pour ce dernier de se rendre, avant ou après sa fécondation, par la trompe jusque dans l'utérus. Or, les animalcules spermatiques cheminent d'eux-mêmes, tandis que l'œuf n'arrive dans l'utérus qu'à la faveur des contractions vermiculaires de la trompe. Il faut donc que cette dernière ait été gênée dans ses mouvements ou que son conduit ait perdu de sa largeur pour que l'ovule ait été arrêté soit au dehors de la trompe, soit dans son trajet. Mais d'où peuvent venir ces obstacles, sinon d'affections antérieures des annexes? Et les femmes qui ont eu déjà des enfants ne doivent-elles pas y être plus exposées?

(1) *Gaz. hebdom.*, 1872, nos 30, 36.

C'est ce que nous laisse entrevoir M. Luton dans les réflexions qui accompagnent son intéressante observation ; c'est ce que pense volontiers M. Gallard (1) ; et, comme s'il présentait cette explication, Goupil insiste particulièrement sur ce fait : « Toutes ces malades avaient eu, dit Goupil, une ou plusieurs grossesses » (2).

Notre observation, on peut le voir, ne fait pas exception, et tous les faits récents que nous avons étudiés présentent cette particularité. Il faut que des auteurs modernes n'aient pas été frappés de cette curieuse coïncidence pour ne pas la relever.

Conclusions. — Des considérations que nous venons d'exposer à l'occasion de notre observation, nous croyons pouvoir tirer les conclusions qui suivent :

1° La grossesse extra-utérine se caractérise, dans les premiers mois, par les signes habituels et souvent incertains de la grossesse (col ramolli, utérus volumineux, etc., etc.) ;

2° Il s'y joint assez souvent, après un *retard* des règles, une *métrorrhagie* peu abondante, continue, avec recrudescences possibles, mais sans périodicité ; des *vomissements* fréquents accompagnés de *coliques* et de *douleurs violentes*, localisées dans un côté du ventre où il est parfois possible de saisir le développement d'une *tumeur indépendante* de l'utérus qu'elle a *dévié* ; une *anémie profonde* avec ou sans métrorrhagie permettant de songer à une hémorrhagie interne ;

3° Du deuxième au quatrième mois, une *caduque* peut être rendue dans des efforts d'expulsion ; cette chute d'une caduque sert probablement de prélude à une vaste hémorrhagie interne ;

4° La terminaison a lieu, au moins dans la grossesse tubaire, du deuxième au quatrième mois et, presque constamment, par la rupture du kyste fœtal, et la source de l'hémorrhagie interne qui en est la suite provient, non de l'œuf qui reste habituellement intact, mais de ses enveloppes toujours très-vasculaires (trompe surtout) ou des insertions placentaires ;

(1) Gallard. *loco citato*, p. 673.

(2) Bernutz et Goupil, *loco citato*, p. 514.

5° On ne saurait refuser toute influence aux grossesses extra-utérines dans certains cas d'hématocèles péri-utérines ;

6° Enfin il est probable que les grossesses antérieures jouent un rôle important dans le mode de production des grossesses extra-utérines, qu'elles soient tubaires ou péritonéales.