

DE
LA GROSSESSE ANGULAIRE
ET DE SES RAPPORTS
AVEC LES GROSSESSES ECTOPIQUES

Par **P. LEQUEUX**

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE PAR

Il existe une forme spéciale de grossesse, anormale dans son développement, qui, par les symptômes qu'elle fournit au début de son évolution, par les particularités cliniques de son diagnostic, et plus encore par son lieu d'élection, rappelle parfois à s'y méprendre la grossesse extra-utérine et constitue un terme de passage entre la grossesse interstitielle et la grossesse utérine vraie. Je veux parler de celle qui évolue dans une corne utérine, de celle qu'on appelle communément aujourd'hui la « grossesse angulaire ».

Les caractères cliniques qu'elle comporte méritent d'attirer l'attention non pas seulement des accoucheurs, mais surtout des gynécologues; c'est eux qui, souvent, auront à en faire le diagnostic, c'est d'eux que le praticien hésitant attendra plus souvent encore l'indication thérapeutique; or, il importe d'en bien connaître et les signes et l'évolution pour s'éviter les conséquences désastreuses d'un diagnostic imparfait.

Bien que d'une fréquence probablement très grande, cette particularité clinique ne paraît avoir été entrevue pour la première fois qu'en 1893, époque à laquelle Tédénat² décrivit à propos d'une de ses clientes les caractères de cette grossesse; il passa d'ailleurs à côté de la vérité et crut avoir affaire à un utérus double. A la même époque, Puech³ constata un fait semblable, et sans être affirmatif dans son diagnostic il insista sur l'insertion du placenta dans la corne de l'utérus.

1. Cet article fait partie du Livre d'Or offert à M. le Professeur S. Pozzi.

2. TÉDENAT. — *Montpellier médical*, 1893.

3. PUECH. — *Soc. de méd. et de chir. de Montpellier*, 1893, 19 Avril.

Quelques années passèrent sans que de nouvelles observations vinsent prévenir le clinicien, puis Vineberg¹, Bar et Mercier², Bar³, Braun⁴, attirèrent de nouveau l'attention sur ces faits anormaux. A la vérité, Varnier et Routier avaient décrit des anomalies semblables qu'ils classaient dans les latéro-flexions de l'utérus gravide. Vasilieff⁵, en 1903, désigne ces faits sous le nom de grossesses angulaires; Bonnaire⁶ insiste sur la difficulté du diagnostic et, s'inspirant sans doute de Mauriceau, compare dans son langage si pittoresquement imagé l'utérus ainsi boursoufflé à la face d'un individu atteint de fluxion dentaire. Puech⁷ enfin, en 1904, fait sur ce sujet une revue générale très complète, à laquelle les auteurs ont eu depuis peu de choses à ajouter; il intéresse en même temps ses élèves à cette question et inspire une thèse fort intéressante de Velluet⁸ parue à Montpellier il y a quelques semaines. A Paris des élèves de Bar apportent leur contribution à cette étude: Ouvrier⁹ dans sa thèse, Buffnoir¹⁰ dans une communication toute récente.

Pendant que ces travaux se poursuivaient en France sous les auspices de Bar et de Puech, un Hongrois travaillait dans le même sens: Piscacek¹¹ publiait à Vienne sur ce sujet un premier travail en 1899 suivi d'un volumineux mémoire en 1901, et il résulte de leur lecture que les idées de l'auteur concordent de tous points avec celles actuellement en cours chez nous.

1. VINEBERG. — Discussion sur une communication de Malcolm Mc Lean sur: « Intersitial pregnancy simulating pelvic tumor; celiotomy ». *New-York obstetric. Society*, 1893.

2. BAR et MERCIER. — « Rupture spontanée d'une corne utérine à la fin de la grossesse. Grossesse tubo-utérine ». *Bull. de la Soc. d'obst. de Paris*, 1898, p. 41.

3. BAR. — « Sur une forme irrégulière de l'utérus pouvant devenir une cause d'erreur dans le diagnostic de la grossesse intra-utérine au début ». *Soc. d'obst. de Paris*, 1900, 5 Juillet. — BAR. « Note sur la greffe de l'œuf dans une corne utérine ». *Soc. d'obst. de Paris*, 1902, 20 Mars, p. 168. — BAR. « Insertion de l'œuf dans une corne utérine et avortement ». *Soc. d'obst. de Paris*, 1903, 19 Novembre, p. 444.

4. BRAUN. — « Ueber Fruhdiagnose der Gravidität ». *Wien. klin. Woch.*, 1899, p. 243, et *Geb. Gyn. Gesellschaft in Wien.*, 1899, 24 Janvier.

5. WASILIEFF. — *Soc. d'obst. de Paris*, 1903, 17 Décembre.

6. BONNAIRE. — « De la valeur de l'exploration du corps de l'utérus dans le diagnostic précoce de la grossesse ». *Obstétrique*, 1903, Septembre, p. 341.

7. PUECH. — « De la grossesse angulaire ». *Gazette des hôpitaux*, 1904, 1^{er} Décembre, n° 137, p. 1343.

8. VELLUET. — « De la grossesse angulaire ». *Thèse*, Montpellier, 1906.

9. OUVRIER. — « Sur une forme particulière de l'utérus dans les premiers mois de la gestation ». *Thèse*, Paris, 1900.

10. BUFFNOIR. — « Un nouveau cas de grossesse angulaire à diagnostic difficile ». *Soc. d'obst. de Paris*, 1905, 16 Février.

11. PISCACEK. — « Ueber Ausladungen umschriebener Gebärmutterabschnitte ». *Wien*, 1899. — *Idem.* « Ueber Ausladungen der Gebärmutter ». *Wien*, 1901.

Étiologie. — La cause de cet anormal développement a été diversement interprétée : Vineberg incrimine une métrite préexistante gênant le développement de l'utérus. Bar croit qu'il faut l'attribuer à la greffe de l'œuf dans une des cornes de l'utérus, et il ajoute : « On peut trouver tous les degrés entre l'insertion de l'œuf dans la trompe et sa greffe sur le milieu de la paroi utérine ; ces degrés sont l'insertion interstitielle, l'insertion tubo-utérine, l'insertion utérine voisine de l'ostium tubæ ; c'est cette dernière qui entraîne un développement plus rapide de la corne utérine et des modifications plus marquées dans sa consistance. » Braun partage cette idée ; c'est encore l'avis de Puech qui, suivant l'indication donnée par Bar, montre que dans ces cas on peut, après l'accouchement, constater l'insertion du placenta dans la corne herniée. Piscacek, Velluet partagent cette opinion. On conçoit dès lors combien il peut être difficile de localiser exactement le siège de la greffe utérine et combien pourtant il est utile de ne pas différer ce diagnostic, tant est importante l'attitude que devra prendre le médecin appelé à donner son avis.

Symptomatologie. — En dehors des signes subjectifs de tout début de gestation, ceux fournis par un examen objectif sont souvent peu précis et n'ont de valeur qu'autant qu'il est pratiqué dans le cours des trois premiers mois.

La main qui palpe ne sent qu'une irrégularité très nette du développement de l'utérus ; l'impression qu'elle enregistre est celle d'une double tuméfaction : l'une plus ou moins développée, mais toujours de dimension supérieure à celle de l'utérus vide, c'est là un premier point ; dure, mais non pas ligneuse, consistance qui, d'ailleurs, est peu différente de celle que l'on perçoit en palpant un utérus en dehors de la gestation. A cette première tuméfaction presque médiane et sus-pubienne qui n'est autre que l'utérus, en est accolée une autre occupant l'un des angles, l'une des cornes de la matrice, non pas postérieure, mais franchement latérale et même antérieure (Bar), de volume variable, dépassant rarement celui d'une mandarine ; plutôt molle et pâteuse, quelquefois contractée, cette masse fait corps avec l'utérus avec lequel elle se mobilise, mais en semble séparée par un sillon oblique qui fait corps avec lui. La différence de consistance de l'utérus et de sa pseudo-hernie s'explique si on admet que la région sur laquelle se greffe l'œuf s'imbibe, se ramollit et se dilate plus vite que les autres (Budin et Demelin). Piscacek se basant sur des faits de même

ordre constatés par Dickinson (1892) dans la grossesse normale insiste avec Schatz sur ce ramollissement au niveau de la greffe ovulaire facilitant la distension de la zone d'implantation.

Si on combine le toucher au palper on est parfois surpris, pour peu qu'on pense à la possibilité d'une grossesse, de la dureté relative du col. L'évasement de l'isthme, qui pour Noble apparaît vers la sixième semaine, est ici beaucoup plus tardif; le ramollissement du segment inférieur ou signe de Hégar est plus tardif encore et n'apparaît que dans le courant du quatrième mois (Bar). Si, par contre, on porte son attention sur la zone de séparation de l'utérus et de la hernie on constate qu'elle est molle, et c'est

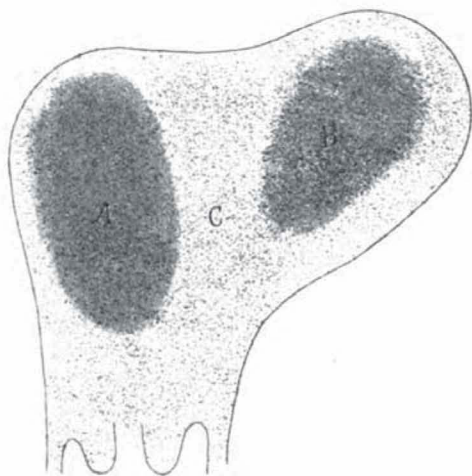


Fig. 1.— Grossesse angulaire de la corne gauche.

Figure empruntée à M. Bar (*Bull. de Soc. d'Obstétr.* 5 juil. 1900.)

A, corps utérin vide, de consistance dure; B, corne gravide, de consistance molle; C, zone intermédiaire.

qu'elle est molle, et c'est cette mollesse qui donne à la main abdominale seule l'impression d'un sillon; c'est encore elle qui est cause que la mobilisation provoquée par le doigt sur le col utérin se transmet imparfaitement à la fluxion juxta-utérine. Ce sillon, cette zone molle de séparation, donne l'impression d'un signe de Hégar élevé et oblique, et c'est, en effet, ainsi qu'il faut interpréter les faits : toute la grossesse, avec son cortège de ramollissement ou d'épaississement, se passe du côté de la corne hospitalière; l'utérus lui-même, ou ce qui est inutilisé de sa cavité, reste indifférent à ce qui se passe à côté de lui. Aussi ne sommes-nous pas entièrement de l'avis de Varnier lorsque, discutant le diagnostic de grossesse extra-utérine, il dit : « Si la main qui palpe dissocie deux convexités séparées par une dépression, le diagnostic de tumeur para-utérine a les plus grandes chances d'être exact. » Bien au contraire si l'on trouve du côté d'un des flancs de l'utérus tous les signes sus-décrits d'une grossesse localisée qui serait, si je puis m'exprimer ainsi, comme un clou planté dans un coin, il faut penser à la possibilité d'une grossesse angulaire, et si on peut être assez heureux pour retrouver la situation exacte du ligament rond, le diagnostic sera fait. Celui-ci,

même, ou ce qui est inutilisé de sa cavité, reste indifférent à ce qui se passe à côté de lui. Aussi ne sommes-nous pas entièrement de l'avis de Varnier lorsque, discutant le diagnostic de grossesse extra-utérine, il dit : « Si la main qui palpe dissocie deux convexités séparées par une dépression, le diagnostic de tumeur para-utérine a les plus grandes chances d'être exact. » Bien au contraire si l'on trouve du côté d'un des flancs de l'utérus tous les signes sus-décrits d'une grossesse localisée qui serait, si je puis m'exprimer ainsi, comme un clou planté dans un coin, il faut penser à la possibilité d'une grossesse angulaire, et si on peut être assez heureux pour retrouver la situation exacte du ligament rond, le diagnostic sera fait. Celui-ci,

comme l'a démontré M. Bar et à sa suite les autres observateurs contemporains, Puech, Velluet, est en dehors de la tumeur juxta-utérine. Il en fait partie en quelque sorte et la limite sur son bord externe.

Tels sont les signes qui, lorsqu'ils existent au complet, permettent de poser avec affirmation le diagnostic de grossesse angulaire dans les trois premiers mois de la gestation ; c'est en effet à cette période qu'ils sont perceptibles ; c'est également l'époque où l'erreur de diagnostic est chose possible. Mais il n'en est plus de même dans les mois qui suivent.

L'évolution de ces grossesses est en effet remarquable. Si on vient à réexaminer la même femme dans le courant du quatrième ou du cinquième mois, on est très surpris du changement qui s'est opéré ; la tumeur juxta-utérine a disparu et on assiste au tableau simple et complet d'une grossesse utérine normale.

Que s'est-il donc passé ? Peu à peu l'utérus s'est ramolli, distendu, le faux segment inférieur constaté parfois au-dessous de la zone d'implantation de l'œuf s'est abaissé, s'est agrandi pour gagner sa place normale, le faux anneau de Bandl qui la précédait s'est effacé pour reparaître peut-être au moment de la délivrance et la matrice se distendant au fur et à mesure que s'accroissait l'œuf a fini par le recevoir dans sa cavité, lui permettant ainsi d'y vivre normalement ; une évolution aussi simple, aussi silencieuse n'est pas une rareté et elle explique que bien des cas de grossesse angulaire restent inaperçus.

Mais les choses ne se passent pas toujours ainsi et la greffe de l'œuf dans une des cornes de l'utérus peut s'accompagner d'un certain nombre d'incidents ou d'accidents que nous allons étudier.

Généralement indolore, la gestation peut s'accompagner de douleurs à caractères très variables, siégeant en général au niveau de la corne ectasiée ; elle peut diffuser dans tout l'abdomen et irradier plus ou moins loin, de préférence, semble-t-il, dans la masse crurale de la cuisse cor-

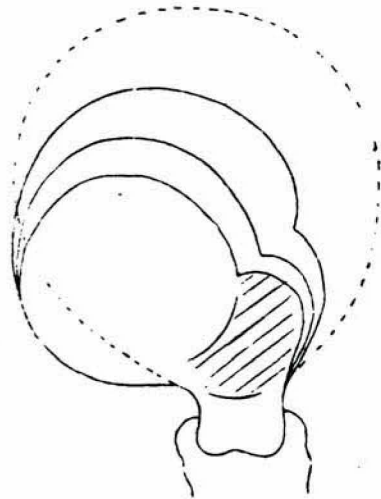


Fig. 2. — Etats successifs du développement d'une grossesse angulaire droite.

Figure empruntée au mémoire de Piscacek (*über Anomalien unbeschriebener Gebärmutterabschnitte*, Vien, 1899).

respondante au côté où s'est développée la grossesse. Prenant parfois le caractère de coliques légères, menstruelles, comme dans l'observation de Mortagne¹, elles peuvent simuler ailleurs les douleurs de l'accouchement comme chez la malade de Puech, voire même celles de la rupture tubaire et de la réaction péritonéale qui l'accompagne, témoin l'histoire d'une femme rapportée par Brindeau² qui à son entrée à l'hôpital présentait tous les signes de la grossesse ectopique avec menace de rupture : tumeur juxta-utérine, ballonnement du ventre, expulsion de sang et de débris de caduque, douleur abdominale violente, pâleur, petitesse du pouls... tout y était. Tel était du moins l'avis de ceux qui l'examinèrent. La femme fut opérée séance tenante et à l'ouverture du ventre on constata avec une désagréable surprise qu'il s'agissait d'une grossesse angulaire sans aucune tendance à la rupture. Ce n'est que le lendemain qu'examinant la femme très attentivement on s'aperçut que : grande hystérique ayant perdu un mois auparavant sa sœur de façon dramatique à la suite d'une hématocele, elle avait, sous l'influence des douleurs et suggestionnée par ce mot de grossesse extra-utérine connu d'elle, fait le tableau complet de la rupture tubaire moins la grossesse ectopique.

On voit donc quelle diversité de formes peut revêtir la douleur et combien il est utile de parfaire son diagnostic.

A côté des douleurs, les **hémorragies** peuvent constituer une complication rare il est vrai au cours de ces grossesses. Hormis les cas d'avortement, que nous étudierons plus loin, on peut rencontrer de petits écoulements sanguins comme dans le cas rapporté par Mortagne (*loco citato*) où ils simulaient de véritables menstrues ; quelquefois l'hémorragie est moins abondante encore (observation de Puech-Haran), tantôt expulsée sous forme de sang pur (Brindeau), tantôt sous forme d'eau rousse (Wasilieff) ; généralement unique elle peut parfois se répéter ou se continuer jusqu'à l'avortement.

Il semble que ces hémorragies trouvent leur explication dans l'interprétation que donne Bayer³ au point de vue de la similitude qui existe

1. MORTAGNE. — « Difficulté du diagnostic au début d'une grossesse avec forme anormale de l'utérus ». *Soc. d'obst. de Paris*, 1903, 19 Novembre, p. 441.

2. BRINDEAU. — Discussion à propos d'une communication de Bar intitulée : « Insertion de l'œuf dans une corne utérine et avortement ». *Soc. d'obst. de Paris*, 1903, 19 Novembre, p. 447.

3. BAYER. — *Beitrag z. Geb u. Gyn.* 1903.

entre les œufs insérés dans une corne utérine et ceux qui se greffent dans le segment inférieur : par suite de l'effacement de cet angle il se fait, dit-il, soit un décollement placentaire, soit une formation de placenta marginé ; nous reviendrons sur ce second point quand nous étudierons les complications de la délivrance, ne nous occupons pour le moment que des décollements placentaires. Les cornes utérines ou mieux les flancs de l'utérus à leur partie supérieure représentent avec le segment inférieur les points faibles de l'organe pendant la gestation et rien d'étonnant à ce que sous l'influence du développement de l'œuf dans un point moins richement vascularisé, mais surtout moins extensible, moins déplissable, si je puis dire, de la matrice, il se produise des tiraillements par l'intermédiaire des membranes, aboutissant à un décollement plus ou moins étendu de la surface d'insertion placentaire. Le sang filtrant alors entre l'œuf et la paroi utérine apparaît au dehors : c'est la première manifestation d'un avortement qui menace de se produire.

L'avortement n'est cependant pas constant et si on songe que beaucoup de ces grossesses angulaires passent inaperçues, méconnues du fait qu'elles ne déterminent aucune manifestation morbide chez les femmes qui les portent, on comprend que la proportion en sera relativement très faible et toute statistique impossible. Celles même qui sont décelées dans les premiers temps de la gestation n'aboutissent pas toutes à cette échéance, loin de là, mais il est également juste de supposer avec Puech et Velluet qu'une partie des avortements inexplicables peut trouver sa raison d'être dans une insertion méconnue de l'œuf dans une corne.

Lorsque l'avortement se produit, il prend tous les caractères de la fausse couche ordinaire et si le diagnostic n'a pas été fait au préalable rien n'indique à côté de quelle particularité on vient de passer.

Dans quelques cas rares cette expulsion de l'œuf s'accompagne de symptômes graves, qui font penser à la possibilité d'une rupture tubaire (Brindeau).

Quoi qu'il en soit, il est bien probable qu'au point de vue pathogénique ces avortements soient justiciables de l'interprétation que je signalais tout à l'heure à propos des hémorragies. Mal nourri dans un coin de la muqueuse utérine peu vasculaire et pauvre le placenta ne trouvant là ni une circulation ni une place suffisante à son développement se flétrit, se détache, et l'avortement en est la conséquence.

Il nous reste à étudier une dernière complication de la grossesse

angulaire, celle-là infiniment rare, paraît-il, si l'on s'en rapporte aux observations publiées ; je veux parler de la **rupture utérine**. Bar, signale la possibilité de cet accident. Le fait vaut la peine qu'on s'y arrête, car l'attitude du gynécologue ou de l'accoucheur qui constate l'existence d'une grossesse angulaire peut être très embarrassante s'il songe d'une part à la fréquence de l'évolution normale de ces grossesses, d'autre part aux cas rares mais singulièrement graves de rupture, et en effet nous savons qu'on peut trouver tous les degrés entre l'insertion de l'œuf dans la trompe et sa greffe sur le milieu de la paroi utérine ; quel est alors le signe-diagnostic qui permettra de différencier une grossesse utéro-interstitielle d'une grossesse évoluant dans le fond d'un ostium tubæ ? Faut-il attendre la rupture pour avoir un avis ferme ? Cette conduite n'est pas sans grand danger pour la vie de la femme et la réputation du praticien. Mais n'anticipons pas sur ce chapitre de diagnostic que nous retrouverons tout à l'heure et bornons-nous à constater la possibilité mais aussi la très grande rareté de ces ruptures, et pour les expliquer nous croyons qu'il faut faire intervenir pour une grande part le lieu exact de l'implantation de l'œuf. Si celui-ci se greffe à une certaine distance de l'ostium tubæ, là où les fibres musculaires forment en passant d'une face à l'autre de l'utérus une couche épaisse et compacte, la grossesse a toute chance d'évoluer régulièrement ; mais que la greffe s'opère au fond de l'entonnoir dont le sommet est constitué par l'orifice même de la trompe, là où les fibres musculaires forment surtout vers le flanc un rempart moins épais, moins extensible, que la trompe participe dans une certaine mesure à l'ampliation bien que l'œuf n'ait avec elle aucun rapport d'insertion, alors il y a plus de chance pour que la grossesse évolue vers la rupture, empruntant pour ce faire le mécanisme habituel des ruptures tubaires par hémorragies successives et amincissement (Velluet).

Si la gestation s'accompagne rarement d'accidents, si elle est le plus souvent sourde et silencieuse, il n'en n'est plus de même au moment de la délivrance et bon nombre d'**enchâtonnements placentaires** doivent trouver là leur explication. « La pratique de chaque jour, dit Bar, nous apprend en effet qu'il n'est pas rare de trouver après l'avortement ou après les délivrances incomplètes des placentas retenus dans une corne utérine sur les parois de laquelle ils sont insérés. » Cette phrase écrite en 1900 était confirmée en 1903 par la présentation d'un œuf provenant d'un avortement et où l'on voyait le placenta occupant

très nettement une des cornes de l'utérus; l'auteur comparait cette pièce à une figure reproduite dans le traité d'accouchement d'Olshausen et Veit et ayant trait au même sujet.

Il est, semble-t-il, facile d'expliquer ces accidents d'enchatonnement par la disposition même des fibres musculaires qui, peu puissantes au fond même de l'entonnoir formé par la corne utérine, ne favorisent en aucune façon le décollement placentaire après l'expulsion du fœtus, tandis que, par contre, à une certaine distance de cet ostium tubæ, elles constituent une couche épaisse en cercle, qui par sa contracture peut dans les cas extrêmes aboutir à la formation d'une véritable loge, d'une « arrière-boutique » (Budin et Démelin), séparée parfois de la cavité utérine elle-même par un orifice tellement étroit qu'il faille le dilater pour y pénétrer l'index. C'est dans cette loge ainsi fermée que peut être retenue une partie du placenta si la grossesse a évolué jusqu'à terme, le placenta tout entier dans le cas plus fréquent d'avortement précoce.

Une autre particularité qu'il est intéressant de noter tient à la forme que dans ces cas-là le placenta peut affecter. Bayer, Schwaab² nous ont montré l'existence possible d'un **placenta bordé**, et Bar nous en donne l'explication suivante: « La cause la plus fréquente du placenta bordé n'est pas, comme on le dit souvent, la présence d'hémorragies au pourtour du chorion basal; la véritable cause est l'insertion de l'œuf sur une caduque malade peu épaisse et peu riche; en ce cas-là le placenta se développe mal, le chorion basal reste de faible étendue, mais à un moment donné la vitalité du fœtus oblige les villosités à franchir les bords du chorion basal et à s'étendre au delà. Si je pouvais par une comparaison préciser ma pensée, je dirais qu'il en est ici comme d'une plante pleine de vie, qui, plantée dans un terrain pauvre, ne tarde pas en se développant à envoyer ses racines au loin. » Et après avoir démontré combien ces terrains pauvres sont fréquents dans les utérus malades, il étudie l'utérus normal et il constate qu'il existe plusieurs zones où la muqueuse constitue un médiocre terrain pour la fixation de l'œuf. « C'est tout d'abord en bas la zone sus-cervicale et nous savons combien sont souvent mal formés ou marginés les placentas qui s'y insèrent; en haut ce sont les cornes utérines près de l'ostium tubæ. En ces points la muqueuse est peu épaisse, son développement est médiocre;

1. OLSHAUSEN ET VEIT. (Handbuch, 1902, p. 37).

2. SCHWAAB. — Discussion à propos d'une communication de Bar: « Insertion de l'œuf dans une corne utérine ». *Soc. d'obst. de Paris*, 1903, 19 Novembre, p. 447.

rien d'étonnant à ce que le placenta qui s'y greffe y meure, d'où l'avortement; s'il s'y développe, on conçoit qu'il soit fréquemment bordé. »

Diagnostic. — Mais l'intérêt des grossesses angulaires porte moins sur leur évolution que sur le diagnostic ou mieux sur les erreurs de diagnostic auxquels elles exposent le clinicien.

Elles doivent être connues non seulement de l'accoucheur, mais surtout du gynécologue, et nombreuses sont les observations où, malgré les soins apportés à un diagnostic précis par des hommes aussi compétents qu'expérimentés, des laparotomies ont été pratiquées pour de soi-disant tumeurs juxta-utérines qui n'étaient autres que des grossesses angulaires.

Il importe donc de se mettre en garde contre ces erreurs, et lorsqu'on trouve un utérus même anormalement hypertrophié chez une femme jeune, il faut, comme se plaît à le dire excellemment à ses élèves M. le professeur Pozzi, penser d'abord à la possibilité d'une grossesse. C'est armé de ces préceptes qu'on évitera des erreurs de diagnostic trop souvent funestes à l'enfant, si préjudiciables à la mère, sans parler du praticien.

Dans une première catégorie de faits on peut méconnaître les signes de gravidité, penser à une affection purement gynécologique et prendre notamment cette grossesse à son début pour un *utérus bicorné* (cas de Tédénat), plus souvent pour un *fibrome*, soit que l'on prenne l'utérus lui-même ou sa corne hypertrophiée pour une tumeur fibreuse.

Il est parfois plus difficile de savoir si la masse ainsi accolée à l'utérus n'est pas une tumeur annexielle, une *salpingo-ovarite*, un *hydrosalpinx*, un *kyste de l'ovaire* (cas de Varnier). C'est par l'anamnèse que l'on pourra guider son diagnostic; le soupçon seul d'une grossesse en évolution doit suffire à éveiller l'attention.

Le préjudice dans ces cas-là ne dépasse pas le respect humain du médecin, car il est bien rare qu'en pareille circonstance on pense à intervenir.

Cependant tous ces diagnostics sont relativement simples, ils sont en quelque sorte extra-obstétricaux et la tumeur est plus franchement séparée de l'utérus même que dans les grossesses angulaires.

Dans une seconde catégorie de faits on a reconnu les signes de grossesse, mais attiré par tel ou tel symptôme particulier on commet une erreur.

Et d'abord on peut méconnaître une grossesse angulaire; le fait n'est pas bien grave, et c'est en se basant sur les signes décrits plus haut qu'on étaiéra son diagnostic.

On pourra quelquefois, surtout en présence de douleurs et d'hémorragies, penser à un *avortement*; on ne fera le plus souvent que pressentir le diagnostic, mais on aura passé à côté de la particularité clinique.

Enfin dans un troisième et dernier groupe on pourrait ranger toutes les erreurs de diagnostic qu'on pourrait appeler « de localisation ». On a bien constaté une grossesse, mais où siège-t-elle?

Dans un *utérus bicorne*? Dans une *corne aberrante* comme le cas rappelé par Mauriceau¹ d'une femme soignée et autopsiée par Benoit Vassal, et chez laquelle il discuta le diagnostic posé par ce dernier de « grossesse développée dans le vaisseau éjaculateur appelé *tuba uteri* »? Il donne une figure de la pièce anatomique dessinée par lui et ajoute, en matière de commentaire : « Je sçai que je pourrai paraître bien opiniâtre en ne voulant pas demeurer d'accord que cet enfant ait été engendré dans la *tuba uteri*, mais dans une partie du propre corps de la matrice qui s'était étendue et poussée vers sa corne en manière de *hergne* dans laquelle l'enfant était contenu, qui venant à croître, avait causé la rupture de cette poche. » Plus loin, il ajoute : « Et voici comment je prouve très bien que cette même partie en laquelle était contenu l'enfant avant qu'il fût sorti par la rupture qui s'y fit était bien une portion du propre corps de la matrice et non de la *tuba uteri*, c'est qu'il est constant que le ligament rond s'attache immédiatement à la partie latérale du propre corps de la matrice appelé la corne, ce ligament confondant en ce lieu sa substance avec celle de la matrice » ; et il montre que, dans le cas présent, ce dit ligament rond s'attachait en dehors de la *hergne* utérine.

Mauriceau avait fait une erreur de diagnostic, mais retenons les faits sur lesquels il se basa pour étayer son affirmation et nous verrons bientôt qu'il avait deviné juste.

La grossesse siège-t-elle dans un *utérus latéro-fléchi* : celle-ci peut être l'objet d'erreurs comme celles commises par Routier, par Segond, par Chavanaz et Fieux qui pensèrent à une grossesse juxta-utérine; par Varnier qui pensa à un kyste de l'ovaire, par Pollosson qui crut une

1. MAURICEAU. — « Maladies des femmes grosses ». T. I, p. 86-90.

première fois à une salpingite, une seconde fois à un kyste de l'ovaire. Mais surtout elle peut être prise pour une grossesse angulaire et inversement.

Enfin la grossesse est-elle *extra-utérine*? c'est là le gros point du diagnostic et pourtant il est de toute utilité d'éviter une erreur qui entraîne à sa suite une thérapeutique aussi radicale que l'intervention chirurgicale.

On retrouve ici tous les signes d'un début de grossesse : troubles digestifs et nerveux, augmentation du volume du ventre, développement des seins; le toucher révèle avec le palper l'hypertrophie de l'utérus, mais il montre, en outre, l'existence d'une tumeur adjacente; l'esprit est tout naturellement porté à penser au développement d'une grossesse ectopique, et pour peu que les douleurs interviennent, qu'un écoulement de sang mélangé de débris de caduque fasse son apparition, on n'hésite plus; la grossesse extra-utérine semble être là guettée par la rupture; il faut intervenir et de fait n'est-on pas excusable d'une hâte un peu excessive, je le veux bien, mais si justifiée en de pareilles circonstances?

Si cependant on veut bien s'attarder à parfaire son diagnostic, on verra que l'erreur peut le plus souvent être évitée; l'utérus est hypertrophié, c'est vrai, mais la tumeur qui le flanque est toujours molle, parfois contractée; dans la grossesse extra-utérine elle est fluctuante ou dure, jamais molle (Bar). Dans la grossesse angulaire, elle n'est pas en arrière, n'a aucune tendance à tomber dans le Douglas comme dans les grossesses extra-utérines, elle est franchement latérale et reste latérale, elle tourne en avant dit Bar; la tumeur est peut-être, en outre, moins séparée de l'utérus dans le second cas que dans le premier, mais c'est à la recherche du ligament rond que doit s'attarder le chirurgien, et si ce ligament occupe le flanc externe de la tuméfaction nul doute que la grossesse soit intra-utérine; s'il en est autrement, si le ligament rond sépare nettement l'utérus de la grossesse voisine, le diagnostic de grossesse ectopique doit gagner en faveur.

Mais il existe des cas où le diagnostic est pour ainsi dire impossible; ceux-ci sont de deux ordres et tiennent à des modalités particulières ou de la grossesse angulaire, ou de la grossesse extra-utérine.

1° A la grossesse angulaire : lorsque l'utérus qui la contient est rétroversé. Deux cas peuvent se produire. — Il n'y a pas d'adhérences : dans ce cas, le fait du développement de la corne aboutit à son redres-

sement et à son transfert en avant. On sent alors une tumeur dure en arrière, une tumeur molle en avant, on croit à un fibrome enclavé dans le petit bassin, ou bien on peut considérer la corne gravidie comme l'utérus normal et la partie dure postérieure comme le sac fœtal. Ces erreurs peuvent être évitées en examinant la femme sous chloroforme et en position déclive; on soulève la tumeur enclavée, l'utérus devient libre et le diagnostic est facile. — Y a-t-il maintenant des adhérences, celles-ci proviennent en général d'annexes enflammées; si les lésions et par suite les adhérences portent sur le côté opposé à la corne gravidie, le diagnostic est le même que dans les cas précédents avec cette restriction que l'anesthésie ne donne aucun renseignement. Si la grossesse se développe du côté adhérent, en arrière et en bas on perçoit une tumeur rénitente, c'est la corne gravidie, et sur un plan latéral et antérieur siège la tumeur formée par l'utérus. Mais, répétons-le avec Bar, le diagnostic est dans ce cas littéralement impossible.

2° Le diagnostic peut être rendu difficile du fait de la variété de grossesse extra-utérine mise en cause et, en effet, entre les grossesses angulaires évoluant vers la trompe et l'ectopie interstitielle évoluant vers l'utérus, où tous les symptômes font défaut, l'analogie est complète. D'ailleurs, comme nous le disions tout à l'heure, quelle est la différence qui les sépare? au point de vue anatomique, elle est infime et ne peut être précisée puisqu'il n'est pas de points de la muqueuse qui ne puisse servir de greffe à l'œuf, depuis la trompe jusqu'au milieu de la face utérine; pourquoi s'étonner qu'il en soit de même au point de vue clinique? Et dans l'évolution même, ne faut-il pas considérer les observations d'avortement tubo-utérin des grossesses interstitielles de Munde, de Graham, de Cortiguera, de Grün, de Spencer, T. Smith, de Mac Burney, de Jandrin de Garrigues¹, comme des grossesses angulaires et les ruptures utérines des grossesses angulaires comme des grossesses interstitielles? Il y a là évidemment un point de transition, une zone dangereuse non seulement pour l'évolution de la grossesse, mais aussi pour la conduite que devra tenir le chirurgien, zone où la perfection du diagnostic est aussi irréalisable que la prédiction de l'avenir.

Traitement. — Aussi est-ce à l'évolution qu'il faut demander une

1. Voir: MERCIER. — « Les ruptures spontanées de l'utérus gravidie dans leur rapport avec les grossesses interstitielles ». Thèse, Paris, 1898, n° 320.

ligne de conduite. En effet, si dans la majorité des cas de grossesse angulaire l'abstention et l'expectation constituent la seule conduite que doive tenir le praticien, dans les cas où le diagnostic sera hésitant entre une grossesse tubo-utérine et une grossesse angulaire profonde, cette expectation sera doublée de prudence et armée du bistouri pour intervenir le cas échéant et parer aux premiers accidents.

Conclusions. — Les grossesses angulaires constituent une anomalie relativement fréquente de développement, due à la greffe de l'œuf dans une des cornes de l'utérus.

Elles réalisent un terme de passage entre la grossesse utérine vraie et la grossesse tubaire interstitielle.

Leur marche le plus souvent silencieuse, jusqu'au troisième ou quatrième mois, aboutit à une évolution définitivement normale dans la plupart des cas ; elle donne quelquefois lieu à des douleurs, à des hémorragies, signes avant-coureurs d'un avortement qui peut survenir. La rupture est une rareté.

Tous ces signes ne sont perceptibles que dans les quatre premiers mois de la grossesse, et passé ce temps rien ne peut faire supposer cette anomalie de début jusqu'au moment de l'accouchement. Celui-ci normal s'accompagne souvent d'enchâtonnement placentaire plus fréquent encore dans les avortements. Le placenta expulsé peut être bordé.

Le diagnostic est le point capital en pareille circonstance ; il doit être basé sur le siège latéral de la tumeur sans tendance à tomber dans la déclivité du Douglas, sur la situation du ligament rond tout entier en dehors de la masse hypertrophiée.

C'est grâce à ces signes qu'on évitera de les confondre avec une grossesse extra-utérine ; la difficulté devient presque insurmontable lorsqu'il s'agit de distinguer une grossesse du fond de l'*ostium tubæ* d'une grossesse interstitielle évoluant vers l'utérus, et, lorsque la grossesse angulaire est compliquée de rétroversion.

La conduite à tenir, purement expectative, sera plus attentive encore lorsque le diagnostic sera resté hésitant.