

lieu qu'au moment de l'accouchement : il faut donc surveiller si la présentation est longitudinale dans les dernières semaines de la grossesse. G. LEPAGE.

**GROSSESSE (PRÉPARATIFS POUR L'ACCOUCHEMENT).** — Dès la fin du septième mois, le médecin ou la sage-femme doivent conseiller à leurs clientes de tenir préparé tout ce qui est utile pour l'accouchement. Nous ne pouvons indiquer ici que l'indispensable.

1° *Le lit.* — Lit quelconque, assez haut pour que l'accoucheur n'ait pas à se plier en deux, matelas suffisamment résistant pour que l'accouchée n'enfoncé pas par son propre poids dans un véritable trou. Le matelas sera protégé contre les liquides (liquide amniotique, sang) par une large toile caoutchoutée ou une série de larges feuilles de papier (papiers d'emballage, journaux) interposées entre le drap et le matelas. Un drap plié en alèse, et séparé du drap de lit par une toile imperméable, sera placé sous le siège de la parturiente. Enfin, pour la période d'expulsion, un ou deux draps pliés seront tenus en réserve pour soulever le siège de la parturiente.

2° *Matériel de lavages :* bassin en tôle émaillée destiné à être placé sous le siège de la parturiente pour recevoir les liquides du savonnage vulvo-périnéal et des lavages vaginaux; bock en tôle émaillée avec tube de caoutchouc et canule vaginale en verre à trous exclusivement *latéraux*.

3° *Matériel de pansements :* ouate hydrophile stérile.

4° *Solutions antiseptiques :* pour les mains de l'accoucheur et le vagin de la parturiente :

a) Biiodure de mercure . . . . .	0,50 centigrammes.
b) Iodure de potassium . . . . .	0,50 —

mettre dans un litre d'eau bouillie chaude. On obtient un litre de solution de biiodure à 1 pour 2000, qui sera étendue d'un litre d'eau bouillie.

5° *Pour le nouveau-né :* un fil de soie ou de Bretagne qui, stérilisé ou simplement bouilli, servira à la ligature du cordon; un citron ou une solution de nitrate d'argent à 2 pour 100, pour les yeux (V. OPHTALMIE DES NOUVEAU-NÉS).

COUVELAIRE.

**GROSSESSE ECTOPIQUE.** — La grossesse ectopique ou extra-utérine est le développement de l'œuf fécondé en dehors de la cavité utérine normale.

**Étiologie.** — Elle était jadis considérée comme une rareté. Sa fréquence réelle a été démontrée par les interventions chirurgicales et l'examen microscopique des hématosalpinx (V. HÉMATOCÈLE PELVIENNE). Sa pathogénie est obscure. On a incriminé toutes les causes qui peuvent s'opposer à la migration de l'ovule fécondé (lésions de la trompe, coudures par adhérences, etc.). Un fait étiologique intéressant, mis en lumière par Varnier, est la fréquence de la récurrence de la griffe ectopique; récurrence qui tend à évoluer dans la trompe opposée suivant le même type que la première grossesse extra-utérine. Quand une grossesse survient consécutivement à la grossesse extra-utérine, elle est d'ailleurs plus fréquemment utérine qu'ectopique.

**Notions anatomiques sur la greffe ectopique de l'œuf.** — Le siège primitif de l'œuf est le plus souvent la trompe, exceptionnel-

lement l'ovaire. La grossesse abdominale primitive, très rare, est encore contestée.

La greffe de l'œuf se fait dans des conditions anormales. L'œuf ne trouve ni dans la trompe, ni dans l'ovaire, une muqueuse capable de l'encapsuler, de régler l'apport sanguin dans les espaces intervillositaires et de limiter l'extension des tissus ovulaires dans l'organisme maternel.

La paroi tubaire est envahie par les villosités choriales qui effondrent ses vaisseaux. Il en résulte, d'une part, un amincissement progressif de la paroi qui prédispose à la rupture de la trompe, et des hémorragies qui décollent l'œuf. Ces deux accidents anatomiques : rupture du sac et hémorragie intratubaire décollant l'œuf (hématosalpinx), constituent les modes de terminaison les plus fréquents des grossesses ectopiques. Rares sont les grossesses ectopiques dont l'évolution, plus ou moins accidentée, se poursuit au delà des premiers mois.

Le développement ectopique de l'œuf détermine du côté de l'utérus des modifications importantes : la matrice s'hypertrophie et sa muqueuse se transforme en caduque.

**Évolution clinique. Diagnostic.** — La grossesse extra-utérine se présente au clinicien sous des aspects très divers. Suivant son âge, suivant son évolution, suivant les complications dont elle est l'origine, suivant que le fœtus est vivant ou mort, l'aspect clinique change. Aussi est-il indispensable de décrire, non pas une évolution clinique, univoque et schématique de la grossesse extra-utérine, mais les principales modalités cliniques de l'évolution des kystes fœtaux ectopiques.

1° **Grossesses ectopiques pendant les premiers mois, avant que l'existence du fœtus puisse être constatée avec certitude.** — Pendant les premiers mois, la grossesse ectopique se présente à l'examen gynécologique (palper abdominal et toucher vaginal combinés) comme une *tumeur annexielle* se développant à côté d'un *utérus augmenté de volume* chez une femme présentant les symptômes habituels du début de la grossesse, symptômes dont le seul constant est la *suppression des règles*.

La *tumeur annexielle* ne présente aucune particularité pathognomonique. Ainsi s'explique qu'elle puisse parfois, et souvent faute d'un examen complet de la malade, être prise pour une salpingo-ovarite, un kyste de l'ovaire, un fibrome, voire même le corps utérin, gravide, rétrofléchi et incarcerated.

L'utérus est repoussé le plus souvent en avant, parfois latéralement, quelquefois il garde sa situation habituelle. Le col est et reste ramolli tant que l'œuf est vivant, mais ce ramollissement est moins accentué que dans la grossesse utérine de même âge. Le corps est hypertrophié et sa cavité (qu'il faut se garder d'aller explorer) est agrandie.

Au cours de l'évolution de la grossesse ectopique, la tumeur annexielle se développe plus rapidement que l'utérus.

Habituellement, l'examen gynécologique est imposé par des troubles fonctionnels en rapport avec les modifications anatomiques presque constantes qui se produisent au niveau de l'utérus et du sac fœtal.

a) Au niveau de l'utérus, ce sont des *écoulements sanguins* plus ou moins abondants, rouges ou noirs, poisseux, intermittents, accompagnés de douleurs

pelviennes. Parfois des débris membraneux, quelquefois même un *sac membraneux* complet, moule de la cavité utérine, sont expulsés. Ces membranes tomenteuses, criblées de petits orifices, ressemblent absolument à la caduque pariétale de la grossesse utérine. Elles sont, en effet, constituées par la muqueuse utérine hypertrophiée et caduque.

Ces écoulements sanguins, lorsqu'ils constituent le symptôme prédominant, peuvent être la cause d'erreurs de diagnostic.

Les symptômes de grossesse, la suppression d'une époque menstruelle, conduisent la malade et le médecin au diagnostic de grossesse; les écoulements sanguins, l'expulsion d'une caduque au diagnostic d'*avortement*. Faute d'examen complet, rendu d'ailleurs souvent difficile par la sensibilité douloureuse du ventre, le siège ectopique de l'œuf est méconnu.

Dans d'autres cas, une analyse superficielle du symptôme métrorragie a fait méconnaître la suppression des règles et partant la grossesse.

Ces erreurs, lorsqu'elles entraînent la mise en jeu d'une thérapeutique intra-utérine active, ont les conséquences les plus graves. L'introduction du doigt, de lamine, de la curette dans l'utérus, ont maintes fois entraîné la rupture cataclysmique du sac.

b) L'*expansion du sac fœtal* détermine habituellement des *douleurs pelviennes* avec irradiations variables et des troubles fonctionnels du côté de la vessie et du rectum.

Les perturbations qui, presque fatalement, se produisent dès les premiers mois dans le sac fœtal, déterminent des accidents qui se présentent sous deux formes principales.

Tantôt c'est une *hémorragie intra-tubaire* décollant l'œuf, tantôt une *rupture du sac fœtal*.

α) L'*hémorragie intra-tubaire* aboutit à la formation d'un hématosalpinx. Elle s'accompagne de symptômes douloureux accompagnés parfois d'état syncopal passager et de réaction péritonéale. Ces crises douloureuses se reproduisent d'ailleurs à intervalles plus ou moins éloignés, tandis que se constitue dans le petit bassin une *hématocele* enkystée (V. HÉMATOCÈLE PELVIENNE).

L'évolution anatomique de l'hématosalpinx rend compte de cette évolution clinique. En effet, les hémorragies intra-tubaires qui décollent l'œuf ont comme caractère essentiel la répétition. La résorption du caillot est exceptionnelle. La trompe distendue, adhérente aux organes voisins, se fissure, donnant lieu à des hémorragies intra-péritonéales limitées et bientôt enkystées. D'autre part, le pavillon tubaire resté perméable peut permettre à l'hémorragie intra-tubaire de trouver issue vers la cavité péritonéale. L'œuf peut même, dans les grossesses ampullaires, s'insinuer dans l'ostium abdominal et être expulsé par le pavillon (avortement tubo-abdominal). Cette évolution par hémorragies successives, rapidement enkystées, n'a pas le caractère cataclysmique, ni la gravité immédiate de la rupture franche du sac fœtal.

β) La *rupture* qui se produit au niveau de l'insertion placentaire détermine une hémorragie intra-péritonéale considérable (elle peut être de plusieurs litres), rapidement mortelle si l'on n'intervient pas. Elle est habituellement précoce. La déchirure peut être de dimensions très petites: une solution de continuité de quelques millimètres suffit à tuer la femme.

La soudaineté des accidents n'a d'égale que leur intensité: douleur brusque à caractère syncopal, signes d'hémorragie interne (pâleur, accélération du pouls, refroidissement des extrémités, collapsus, etc.).

L'examen par le palper et le toucher combinés ne permettent pas toujours, dans les heures qui suivent la rupture, de faire des constatations bien nettes, car la trompe gravide est souvent trop peu volumineuse pour être perçue. Seule l'histoire de la malade (suppression des règles), le point de départ pelvien des douleurs, la constatation d'un léger écoulement sanguin, fera faire le diagnostic.

Lorsque la rupture se produit alors que la grossesse est un peu plus avancée, la tumeur annexielle que forme le sac fœtal sur les côtés de l'utérus hypertrophié est facilement perçue. On hésitera peut-être sur sa nature et on pensera peut-être à une tumeur annexielle à pédicule tordu compliquant une grossesse utérine au début.

Peu importe d'ailleurs, car l'état de la malade commande l'intervention chirurgicale immédiate (V. HÉMATOCÈLE PELVIENNE).

2° *Grossesses ectopiques ayant dépassé le 4<sup>e</sup> mois, le fœtus étant vivant et accessible à l'exploration*. — A la vérité, les cas de ce genre sont rares. Peu de grossesses ectopiques échappent aux accidents qui, d'une façon brutale ou insidieuse, arrêtent le développement de l'œuf, et continuent leur évolution au delà des premiers mois.

L'expansion du sac fœtal s'est faite soit vers le *ligament large*, soit vers la *cavité abdominale*. Le sac ne reste plus exclusivement tubaire; le fait est du moins exceptionnel. L'expansion abdominale se fait soit par l'ostium abdominal, soit par effraction de la paroi tubaire. Le placenta reste en son point d'implantation primitive, doublé d'une coque néo-membraneuse qui le fait adhérer aux organes voisins, intestin, ovaire, etc. L'œuf membraneux et le fœtus font hernie dans la cavité abdominale, enveloppés de néo-membranes adhérentes aux organes voisins, en particulier à l'intestin. Il est plus rarement inclus dans un sac libre d'adhérences.

L'hypertrophie de l'utérus continue, mais ne dépasse pas le volume d'un utérus gravide de 5 mois.

Dans les cas où l'évolution de la grossesse dépasse le 4<sup>e</sup> mois, il est presque constant que les premiers mois aient été troublés par des douleurs, des écoulements sanguins, même par l'expulsion d'une caduque (expulsion qui n'implique pas la mort du produit de conception).

Très exceptionnellement, ces symptômes anormaux peuvent manquer, la grossesse ectopique évoluant cliniquement comme une grossesse utérine normale.

Habituellement, c'est à l'occasion de douleurs pelviennes et abdominales, d'écoulements sanguins, de symptômes de péritonite ou d'occlusion intestinale, etc., que la femme se présente à l'examen. La grossesse ne fait pas de doute, le palper des parties fœtales, la perception des mouvements actifs et des bruits du cœur fœtal confirment aisément son existence. Ce qu'il faut déterminer, c'est le siège extra-utérin du fœtus.

Ce diagnostic ne peut être établi avec certitude que si on reconnaît nettement l'*indépendance de l'utérus hypertrophié*.

Le palper méthodiquement pratiqué permet en général de délimiter deux tumeurs : l'une petite, d'origine pelvienne, plus ou moins repoussée en avant et sur le côté. Cette tumeur, qui peut atteindre le volume d'un utérus gravide de 3 mois, se dessine quelquefois sous la peau, tant elle est repoussée en avant par le kyste fœtal. Elle est *contractile*, et la perception d'une contraction vient apporter au diagnostic un élément précieux.

L'autre tumeur, plus volumineuse, irrégulière, s'élève dans la cavité abdominale. Elle n'est pas, comme l'utérus gravide normal, mobilisable, mais pour ainsi dire *maçonnée* dans le ventre. En l'explorant doucement, la main perçoit des parties fœtales. Suivant l'abondance du liquide amniotique, ces parties seront plus ou moins facilement mobilisées; en général, elles le sont peu.

Par le toucher, le doigt explorateur rencontre le *col* utérin *ramolli*, presque toujours *déplacé*; le plus souvent il est repoussé en avant, derrière le pubis, par la partie pelvienne du sac fœtal qui occupe le cul-de-sac de Douglas. Le ramollissement du col, dans le cas de grossesse ectopique à terme, est aussi accusé que dans le cas de grossesse utérine (Pinard).

Par le toucher combiné au palper, l'indépendance de l'utérus sera affirmée. Dès lors le diagnostic est fait.

5° *Grossesses ectopiques au voisinage du terme*. — L'évolution des grossesses ectopiques ayant dépassé le 5° mois est habituellement exempte des accidents graves, si redoutables pendant les premiers mois.

Lorsqu'arrive le terme de la grossesse, l'enfant meurt. Il se produit alors un ensemble de manifestations auxquelles on a donné le nom de *faux travail*. La femme ressent des douleurs revenant par intervalles et ayant les caractères des contractions utérines douloureuses du travail. C'est en effet l'utérus qui se contracte.

Ce faux travail peut donner lieu, dans les cas où le siège ectopique de l'œuf est méconnu, à des erreurs de diagnostic. Ces erreurs sont fatales lorsque, croyant à une dystocie d'origine cervicale, l'accoucheur entreprend l'extraction artificielle du fœtus par les voies naturelles.

4° *Rétentions fœtales*. — A partir du moment où le fœtus meurt, un nouveau cycle évolutif commence. Il n'y a plus grossesse, mais rétention fœtale. Le fœtus subit alors des modifications diverses : momification, macération. Le liquide amniotique se résorbe. On peut cependant assister à une augmentation du liquide pendant les premiers mois qui suivent la mort du fœtus et surtout au moment de la réapparition des règles, cinq à six semaines après la mort du fœtus (Pinard). Les parois du sac se rétractent. Le placenta s'atrophie, mais lentement; il faut attendre deux mois avant que la circulation placentaire soit suffisamment arrêtée pour que le risque d'hémorragie, lors du décollement placentaire, ait disparu.

Cette rétention s'accompagne habituellement d'accidents. Tandis que le fœtus mort *in utero* ne se putréfie pas tant que l'œuf est intact, le fœtus mort dans un sac ectopique ne tarde pas à s'infecter. Cette *infection* est, semble-t-il, d'origine intestinale.

La fièvre s'allume, des phénomènes inflammatoires se produisent au niveau du sac. Si le foyer infecté n'est pas ouvert, la femme cachectique meurt d'infection ou de péritonite.

Le kyste fœtal infecté a *tendance à s'ouvrir*, soit au niveau de la paroi abdominale (aux environs de l'*ombilic*), soit dans l'*intestin*, soit dans le vagin ou la vessie. Le fœtus peut être ainsi éliminé par fragments. Habituellement l'ouverture est insuffisante et le kyste s'infecte secondairement.

Exceptionnellement, il y a rétention sans infection. Le fœtus et le sac se calcifient, formant un *lithopœdion*. Ces lithopœdions sont souvent retenus indéfiniment sans accident. Cependant ils peuvent, comme toute tumeur abdominale, déterminer des troubles de compression et même l'obstruction intestinale. Leur diagnostic ne peut être fait qu'en reconstituant l'histoire clinique d'une ancienne grossesse ectopique.

A. COUVELAIRE.

**Traitement.** — Le traitement de la grossesse ectopique en évolution régulière diffère profondément de celui de la grossesse rompue. Celui-ci est étudié ailleurs. (V. HÉMATOCÈLE PELVIENNE).

La grossesse ectopique est une affection des plus sérieuses. Les cas d'interruption de la grossesse par rupture ou avortement tubaire et par résorption progressive du sang épanché dans le péritoine ne sont pas très rares. Mais on n'a pas le droit de compter sur eux; car les cas où la grossesse se termine par des accidents graves sont beaucoup plus communs. Aussi devons-nous accepter comme une loi le précepte formel de Pinard : « Toute grossesse extra-utérine diagnostiquée commande l'intervention chirurgicale. » Mais à quel moment cette intervention devra-t-elle être exécutée et comment faudra-t-il la conduire? Pinard et Segond ont mieux que personne formulé les règles de ce traitement difficile. La conduite du chirurgien doit changer du tout au tout suivant que la grossesse ectopique est reconnue *avant* ou, au contraire, *après le cinquième mois*. C'est qu'en effet, avant le cinquième mois, les chances de rupture sont considérables, et, d'autre part, le moment où le fœtus sera viable est encore trop éloigné pour qu'on ait le droit de faire courir à la mère les risques par trop redoutables d'une grossesse semblable. Après le cinquième mois, au contraire, les chances de rupture sont beaucoup moins grandes, parce que l'évolution même de la grossesse jusqu'à ce terme relativement très avancé montre que le fœtus n'est probablement pas contenu dans une trompe ou dans un sac susceptible de se rompre, et qui se serait déjà rompu. Il est sans doute dans la cavité abdominale, et, dans ces conditions, il peut se développer presque aussi bien que lorsqu'il est dans l'utérus, sans faire courir à la mère de dangers trop sérieux; car une opération au huitième mois ne diffère pas beaucoup d'une opération au sixième.

*Avant le cinquième mois*, la grossesse ectopique doit être opérée aussitôt qu'elle est reconnue. Et il n'y a qu'une façon de l'opérer, c'est de pratiquer la laparotomie comme pour une tumeur pelvienne commune et de conduire ensuite son opération suivant les circonstances.

La tumeur fœtale peut être enfermée dans une trompe lisse, régulière, sans adhérences aux parties voisines. Dans ces conditions, l'opération sera conduite comme l'extirpation d'un kyste de l'ovaire ou d'une tumeur annexielle quelconque. La pédiculisation peut être plus difficile, la vascularisation plus abondante; mais la physionomie de l'opération demeure la même. Parfois, cependant, il peut y avoir des adhérences très étendues avec l'utérus et les organes voisins.

Dans la grossesse tubo-interstitielle, l'utérus peut même être accolé si intimement à la tumeur qu'il en fait pour ainsi dire partie, de sorte que l'on peut être conduit, ne fût-ce que pour faciliter l'opération, à pratiquer l'hystérectomie, qu'il faudra faire par un procédé adapté aux lésions existantes. Si le sac fœtal est inclus dans le ligament large, ce qui est rare, il peut y avoir de très grosses difficultés opératoires. Il en est de même si, comme il arrive dans la grossesse abdominale, le placenta se trouve inséré sur les intestins et sur les viscères pelviens, avec cette différence qu'avant le cinquième mois l'œuf est encore relativement petit, que l'hémorragie qui résulte de son décollement est moins redoutable et que l'opération est en somme moins difficile et moins émouvante que plus tard.

Après le cinquième mois, la conduite à tenir n'est plus aussi simple. Et d'abord il n'est plus indiqué d'opérer immédiatement. Lorsque la grossesse s'est poursuivie sans encombre jusqu'à cette époque relativement avancée, il y a des chances sérieuses pour que le fœtus ne soit pas contenu dans la trompe, qui ne peut guère se distendre à ce point sans se rompre. Il est alors généralement libre dans la cavité abdominale, séparé seulement des intestins et des viscères par ses enveloppes propres et par de fausses membranes non organisées dues à la réaction péritonéale. Le placenta est fixé sur les organes voisins, presque toujours, en tout ou en partie, sur les anses intestinales. Dans ces conditions le fœtus, repoussant devant lui les viscères abdominaux, se développe, en général, sans qu'il y ait pour la mère de très grands dangers. Il y a donc avantage à ne pas trop précipiter les événements et à attendre que le fœtus soit dans de bonnes conditions de vitalité. Pinard conseille d'attendre, en surveillant, bien entendu, la femme de très près, que le huitième mois soit accompli. Mais il ne faut pas dépasser sensiblement ce terme, de peur d'être surpris par un faux travail invariablement suivi de la mort du fœtus.

Ainsi, donc au huitième mois, on opérera. Mais lorsque le fœtus est vivant, c'est là une opération difficile et émouvante, à cause de l'hémorragie formidable qui peut survenir du fait du placenta.

L'extraction du fœtus est en général très simple, et dès l'incision de la paroi abdominale, l'œuf se présente presque toujours de lui-même, à moins que le placenta ne soit inséré précisément derrière la paroi, au niveau de l'incision, ce qui est très exceptionnel. Il suffit d'ouvrir les membranes et d'extraire l'enfant. Mais c'est ici que les difficultés commencent, et elles tiennent à la présence du placenta.

Le décollement du placenta inséré en des points en général mal déterminés, mais presque toujours, au moins en partie, sur des anses intestinales, donne lieu à une hémorragie qui peut devenir terrible, et que le chirurgien n'est pas toujours sûr de pouvoir maîtriser. Aussi est-il plus sage, suivant l'avis de Pinard et de Segond, d'abandonner le placenta et de marsupialiser la poche en la tamponnant pendant un certain temps. La guérison est plus longue, mais elle est plus sûre. L'arrêt de la circulation fœtale amène rapidement une atrophie du placenta maternel, et le placenta fœtal s'élimine peu à peu, en faisant courir à la femme moins de risques par l'infection qui accompagne fatalement l'élimination lente du placenta, qu'elle n'en court par l'hémorragie immédiate qui accompagne son extirpation. Pinard, en suivant cette conduite, sur dix-sept

malades n'en a perdu qu'une, — encore avait-elle été opérée *in extremis*.

Il est cependant des cas, par exemple lorsque le placenta est en partie décollé et que l'hémorragie est abondante, dans lesquels on peut être obligé de l'enlever immédiatement. Il faut avoir sous la main une grande quantité de compresses stérilisées qui permettent de tamponner la surface saignante, et faire appel à tout son calme et à toute sa présence d'esprit.

Il est évident qu'il n'y a, en cette matière, rien d'absolu. Dans certains cas, le placenta peut paraître facile à décoller, et l'être en réalité. L'extirpation immédiate a été faite assez souvent et a donné de très beaux succès. Lorsqu'elle réussit, elle est évidemment beaucoup plus satisfaisante. Mais il ne faut la tenter que lorsqu'elle paraît devoir être facile; en tout cas, il ne faut pas trop insister et se souvenir des conseils de prudence données par Pinard et Segond.

Lorsque le fœtus est mort depuis un certain temps, il n'en est pas de même. Le cas n'est pas rare et l'opération est beaucoup plus simple. Le placenta est atrophié, les villosités maternelles le sont également; dans ces conditions, le décollement est beaucoup plus facile: il ne s'accompagne que d'une hémorragie relativement légère.

Si le fœtus meurt, comme il est en général bien toléré, on aura avantage à attendre quelque temps, six semaines environ d'après Pinard, afin que le placenta maternel se soit suffisamment atrophié pour qu'il n'y ait plus de gros risques d'hémorragie.

Dans ces conditions, l'opération sera identiquement conduite comme lorsque le fœtus est vivant. Mais le décollement du placenta étant beaucoup moins dangereux, j'estime qu'on devra le tenter sans insister outre mesure, autant pour éviter des déchirures intestinales que par crainte d'hémorragie, et en se souvenant qu'ici, comme lorsque le fœtus est vivant, il peut être plus sage de l'abandonner en marsupialisant la poche et de le laisser s'éliminer peu à peu.

J.-L. FAURE.

#### GROSSESSE MOLAIRE. — V. MOLE.

#### GROSSESSE (PATHOLOGIE). — *Toxémies gravidiques. Hépatotoxémie gravidique.*

##### *Résumé pathogénique de l'insuffisance hépatique.*

##### *Conditions qui favorisent la production de l'insuffisance hépatique.*

##### *Manifestations de la toxémie-gravidique.*

*Peau* : Éruptions diverses.

*Bouche* : Gingivite. — Ptyalisme.

*Estomac* : Vomissements. — Hématémèse.

*Reins* : Néphrites. — Albuminurie du travail.

*Sang* : Anémie pernicieuse. — Hydropisies.

*Système nerveux* : Convulsions. — Accélération du pouls. — Psychoses. — Névrites.

*Foie* : Altérations cellulaires.

##### *Traitement prophylactique et curatif des toxémies gravidiques.*

Depuis quelques années, un chapitre nouveau doit être ouvert dans les traités d'accouchement. Ce chapitre, qui englobe une grande partie de la pathologie de la grossesse, a révolutionné l'ordre admis généralement dans l'étude de ces

phénomènes. Un lien est venu réunir des faits qui paraissent totalement différents, tels que, par exemple : les accès éclamptiques et les vomissements incoercibles. C'est en étudiant leur pathogénie, leur anatomie pathologique et leur traitement, que l'on est arrivé à faire un tout de choses aussi disparates.

Pilliet découvrit le premier les lésions hépatiques des éclamptiques.

Nous sommes arrivés à prouver, par de très nombreuses observations, qu'il existe une lésion nécrobiotique du foie chez *toutes* les femmes (99 examens personnels probants sur 99 autopsies) mortes après avoir présenté des convulsions dites éclamptiques. Nous avons montré que des lésions, considérées jusqu'alors comme principales, ne sont que des phénomènes secondaires, puisqu'elles ne se retrouvent pas dans tous les cas.

De là à faire de l'éclampsie une entité-morbide, il n'y avait qu'un pas. Nous l'avons franchi à tort et, pendant quelque temps, avons recherché des arguments qui pouvaient asseoir cette affirmation. Tous ceux que nous avons découverts ont été à l'encontre de cette manière de voir et nous ont montré que les accès éclamptiques ne sont eux-mêmes qu'un épi-phénomène d'un état général particulier à la femme grosse, que Pinard a étudié d'abord sous le nom d'auto-intoxication gravidique.

Beaucoup de phénomènes cliniques et d'hérédité, plusieurs autopsies, dans lesquelles on a pu retrouver les mêmes lésions hépatiques, la similitude du traitement qui réussit, ont démontré à Pinard et à nous que ces intoxications étaient la résultante commune de l'*insuffisance hépatique*; insuffisance qui peut revêtir des formes bien diverses, s'attaquer à des organismes qui réagissent de façon différente en produisant des états différents, insuffisance qui peut être légère, chronique, aiguë, etc. C'est ce fait que Pinard a mis en lumière en adoptant ensuite le nom d'*hépatotoxémie gravidique*.

**Nature et pathogénie.** — Que sont ces toxémies gravidiques? C'est un état particulier aux femmes enceintes, qui est la conséquence d'une insuffisance hépatique envers les toxines ou poisons de l'économie d'origine diverse, presque toujours alimentaire. Cette insuffisance peut être précédée, favorisée ou compliquée de phénomènes pathologiques antérieurs ou concomitants, du foie ou d'autres organes tels que le rein; et elle a pour conséquences des accidents très différents suivant le *locus minoris resistantiæ* de la malade; ses hérédités, son tempérament, son genre de vie, ses écarts de régime, la saison dans laquelle elle se trouve.

Voici, en quelques mots, l'énoncé de la théorie qui, actuellement, se trouve encore incomplète. On n'a pu jusqu'ici découvrir le ou les poisons de ces toxémies. Certains auteurs, séduits par les théories microbiennes, ont dirigé leurs efforts de ce côté, mais sans grand résultat; d'autres ont cru découvrir des poisons chimiques dans le sang ou dans l'urine: Zweifel, tout dernièrement, a fait une communication sensationnelle sur la présence constante de l'acide lactique dans le sang des éclamptiques.

Toutes ces recherches présentent évidemment un intérêt considérable; mais elles nous paraissent un côté très peu important de la question. Il est certain que si l'on connaissait exactement la nature du poison, il serait peut-être plus facile d'en appliquer l'antidote. Mais tout ce que nous venons de dire sur la multiplicité des phénomènes, sur la façon si différente dont l'économie se com-

porte, tous les arguments cliniques ou anatomiques que la suite de cet article contiendra, paraissent démontrer que c'est peut-être se leurrer singulièrement que de rechercher l'existence d'un poison ou d'une toxine unique.

Nous croyons que ces toxémies sont multiples, que si leur origine peut être, comme le pense Pinard, dans une sécrétion ou une résorption se faisant au niveau de l'ovaire, déterminant tout d'abord l'impotence fonctionnelle du foie plus ou moins rapidement, les altérations cellulaires de la glande hépatique font que cet organe ne peut plus rien sur les poisons d'origine intestinale.

Dans la plupart des cas, par conséquent, l'état de l'intestin, le genre d'alimentation, les écarts de régime seront le facteur ou l'adjuvant principal des états toxiques plus ou moins graves de la grossesse. Cela est si certain que le même traitement sera applicable dans presque tous les cas, que chaque variété d'accidents reconnaîtra, il est vrai, un traitement spécial, mais que ce traitement échouera s'il n'est accompagné ou précédé du régime particulier qui rendra le rôle du foie inutile contre les toxines alimentaires.

Ce n'est pas ici le lieu d'exposer en détails quelles lésions la cellule hépatique présente dans les cas que nous étudierons. Qu'il suffise de savoir que c'est une nécrose cellulaire dont le point de départ est le voisinage des espaces portes, que cette nécrose est analogue au point de vue général à toutes celles que l'on rencontre dans les maladies infectieuses ou toxiques aiguës, et que leur localisation montre bien que c'est le sang venant de l'intestin, chargé des poisons alimentaires qui, devient, à un moment donné, la cause principale de l'empoisonnement du système nerveux.

Ces données étaient nécessaires pour que, par exemple, devant une femme enceinte qui vomit, le médecin ne soit pas tenté de la négliger, sous prétexte que toutes les femmes enceintes vomissent, et que les phénomènes sympathiques de la grossesse ne doivent être examinés avec attention que quand ils s'accompagnent d'un état général grave. Il faut savoir, au contraire, que la gestation n'est pas une maladie, il faut savoir, aussi que tous ces faits, même les moins importants en apparence, peuvent être le point de départ ou le premier degré de choses plus importantes; que c'est en ne dédaignant pas le début, en se préoccupant des plus petits troubles que l'on évitera souvent des ennuis sérieux ou des accidents graves; enfin que toute femme enceinte doit être suivie, interrogée et examinée avec soin.

Voici donc l'exposé succinct de la théorie de la toxémie gravidique par insuffisance hépatique que Pinard appelle l'hépatotoxémie gravidique. Cette notion n'est plus à démontrer aujourd'hui, et le lien pathogénique qui réunit les accidents que nous allons étudier apparaît tous les jours plus vigoureux.

**Conditions qui favorisent la production de l'insuffisance hépatique.** — Il est certain que tous les faits plus ou moins graves que nous étudierons plus loin ne surviennent pas au hasard chez les individus. Certaines femmes sont *marquées*, pour ainsi dire, pour en être atteintes, et l'on peut les prévoir même avant la grossesse.

C'est ainsi que l'hérédité jouera un rôle indéniable; on voit dans certaines familles les formes de la grossesse se perpétuer presque indéfiniment. Les unes sont affligées de vomissements graves, les autres de pyalisme, de névrites,