fille de six mois, était arrivée à trois mois et demi d'une quatrième grossesse. Tout à coup, après avoir été à la messe dans une église très-rapprochée de sa demeure, il s'échappe des parties génitales un flot de liquide qu'elle évalua à un verre à peu près. En arrivant auprès d'elle, je crus l'avortement inévitable. Puis, en examinant avec soin l'utérus, il me sembla que, malgré la perte qui avait eu lieu, il offrait son volume ordinaire, une certaine rénitence, une souplesse particulière démontrant encore dans la poche amniotique une certaine quantité de liquide; le col n'offrait rien de particulier; aucun écoulement sanguin; pas de douleur ni avant, ni pendant, ni depuis la perte d'eau. Tout en témoignant à la malade des craintes sérieuses, je lui déclarai pourtant que tout espoir n'était pas perdu, que les circonstances que je viens de rappeler offraient, dans leur ensemble, des caractères qui habituellement n'appartenaient pas à la rupture de l'œuf lui-même. Le repos absolu, une petite saignée du bras, des lavements opiacés, des manuluves répétés matin et soir, furent employés. Aucun accident nouveau ne survint, le développement du globe utérin continua. — Pendant les deux premiers jours, il s'écoula encore une très-petite quantité d'eau. A quatre mois et demi, et encore sans cause connue, il s'échappa tout à coup cinq à six cuillerées d'un liquide semblable au précédent. Puis rien de semblable jusqu'à la fin de la grossesse, qui s'est terminée fort heureusement. (Voy. *Hydrorrhée.*)

L'avortement n'est réellement inévitable que lorsque le fœtus a cessé de vivre, ou lorsque le décollement du placenta et la déchirure des vaisseaux utéro-placentaires sont tellement étendus que les connexions utéro-placentaires persistantes sont insuffisantes à l'entretien de la respiration fœtale.

Pour juger du désordre probablement survenu dans les rapports utéro-placentaires, il faut considérer bien plus la quantité de l'écoulement que sa durée. Un simple suintement, un écoulement sanguin modéré, peut durer plusieurs jours, plusieurs semaines, car il pourra trouver son origine dans la déchirure d'un petit nombre de vaisseaux; j'en ai vu durer six semaines, deux mois, et la grossesse n'être pas compromise : mais qu'en peu de temps une femme perde une quantité notable de sang liquide ou coagulé, le placenta sera décollé dans une étendue considérable, et l'avortement en sera la conséquence presque nécessaire.

Il est encore une particularité que les auteurs n'ont pas mentionnée, et qui me paraît importante, en ce qu'elle ne permet guère d'espérer enrayer les accidents; elle se rattache à la forme particulière du col. A une époque peu avancée de la grossesse, on sait qu'il est toujours facile de distinguer le col du corps utérin; on peut même, dans l'immensité des cas, sentir très-nettement la rainure qui les sépare : eh bien, lorsque les contractions ont duré depuis un certain temps, elles ont peu à peu dilaté l'orifice interne. La cavité du col s'est confondue dans la cavité du corps, et le doigt vaginal, en parcourant tout le segment inférieur de l'utérus, ne peut plus en isoler le col; il n'existe plus entre eux de limite bien tranchée, et tout ce qui appartient au col de l'utérus a la forme d'une poire dont la partie renflée se continue avec le corps de la matrice, et dont l'extrémité

pointue répond au niveau de l'orifice externe. Toutes les fois que j'ai rencontré cette disposition, l'avortement a eu lieu. Le vagin lui-même présente quelque chose d'insolite : suivant une remarque du docteur Coffin, son extrémité supérieure s'arrondit, les rides s'y effacent et le doigt rencontre partout une surface polie et régulière comme celle d'un vase vernissé.

L'état de vie ou de mort de l'enfant est impossible à constater d'une manière certaine dans les premiers mois. Je dois cependant signaler une particularité qui me paraît avoir une grande valeur. Je veux parler de la cessation brusque des vomissements, de la salivation ou de tout autre trouble sympathique de la grossesse. Quand, à la suite d'un accident, une femme cesse tout à coup de vomir ou de saliver, on doit craindre que l'enfant n'ait cessé de vivre. La persistance de ces malaises est au contraire un signe favorable. Heureusement que si l'incertitude sur ce point rend impossible un pronostic exact, elle n'a aucune influence sur le traitement. Toutes les fois, en effet, qu'en réunissant les phénomènes généraux et locaux on peut, en supposant l'enfant vivant, espérer arrêter les accidents, il faut agir comme si l'on avait cette conviction.

On le voit donc, dans le premier tiers de la gestation, le diagnostic ne peut être que probable.

A une époque plus avancée de la grossesse, le diagnostic est beaucoup plus sûr : d'abord, il est, en général, assez facile de s'assurer du développement de l'utérus; puis les douleurs sont plus énergiques, l'écoulement de sang plus abondant, la dilatation du col plus facile à constater. Il est bien plus certain encore lorsque la mort du fœtus peut être constatée d'une manière positive (voy. *Signes de la mort du fœtus*, page 567).

ARTICLE IV

DÉLIVRANCE

L'expulsion spontanée ou l'extraction du placenta présentent des phénomènes très-différents, suivant l'époque à laquelle survient l'avortement, et, sous ce rapport, il est important de distinguer l'avortement des deux premiers mois, du troisième et du quatrième, enfin du cinquième et du sixième mois. Dans le premier et le deuxième mois, l'œuf est le plus souvent expulsé en entier; dans les deux derniers, l'expulsion du délivre s'opère à peu près comme après l'accouchement à terme. Mais il n'en est pas du tout de même dans le troisième et le quatrième mois. A cette époque, en effet, le placenta, déjà volumineux, a contracté des adhérences très-nombreuses et très-intimes avec la matrice; celle-ci n'a pas encore acquis toute la contractilité de tissu dont elle jouit au terme de la grossesse. Aussi les contractions prématurées qui se manifestent, assez énergiques pour briser l'œuf, ne le sont point assez pour détruire les adhérences utéro-placentaires. Sous l'influence de ces contractions, la poche amniotique,

pressée de toutes parts, se rompt au niveau du col, les eaux s'écoulent, le petit fœtus est expulsé, et le cordon ombilical très-grêle se rompt facilement; il s'écoule en même temps une certaine quantité de sang liquide ou coagulé, et assez souvent le petit fœtus est perdu au milieu des caillots qui accompagnent sa sortie. L'utérus, désempli en partie, revient sur lui-même, le col se resserre, les accidents se calment, et cependant le placenta et les membranes ne sont pas expulsés. Ils peuvent séjourner dans l'utérus pendant huit, dix, douze jours, et même plus longtemps. Le docteur Advena de Labischin a cité un cas dans lequel le délivre ne fut expulsé que trois mois après la fausse couche, survenue elle-même à cinq mois de grossesse (*Journal de chirurgie*, août 1843). L'occlusion complète du col rend évidemment l'introduction du doigt complétement impossible, et toute tentative faite dans ce but serait inutile. On peut bien essayer de solliciter des contractions à l'aide du seigle ergoté; mais je n'ai jamais vu, dans ces circonstances, ce médicament avoir un résultat heureux. Attendre est donc la seule chose possible, en surveillant. Les accidents qui peuvent alors résulter de la rétention du placenta sont très-variables, et méritent d'être connus et étudiés avec soin.

1° Assez souvent les premiers jours qui suivent la fausse couche ne présentent rien de particulier. La santé générale est bonne; la malade, se croyant complétement guérie, a repris peu à peu ses occupations habituelles, lorsque tout à coup, et sans cause connue, quelques douleurs intermittentes se font sentir dans le bas-ventre, et du sang s'écoule par la vulve. La malade néglige quelquefois ces premiers accidents; mais ils persistent en augmentant d'intensité, et la forcent à leur prêter attention : c'est que le placenta, devenu corps étranger, irrite par sa présence les parois utérines, et sollicite enfin leur contraction. Celles-ci détruisent les adhérences utéro-placentaires, et le délivre, en grande partie décollé, est à peu près libre dans la cavité de la matrice. Ce décollement s'accompagne toujours d'une hémorrhagie qui peut devenir très-abondante. Le col de l'utérus se dilate avec peine pour laisser passer le corps étranger, de sorte que celui-ci, continuant à séjourner dans l'utérus, entretient l'hémorrhagie en irritant l'organe et en s'opposant à la rétraction complète de ses parois; de façon que si l'art n'intervient à propos, la vie peut être mise en danger par l'abondance de la perte. Ce qu'il y a de plus fâcheux, c'est que si le médecin n'a pas assisté à la fausse couche, s'il n'a pas examiné avec soin tous les caillots, les personnes qui se trouvaient présentes ne manquent pas de lui dire que le fœtus et le placenta ont été expulsés en même temps, et, s'il croit à leur récit, la cause de l'accident peut lui échapper. J'ai été plusieurs fois appelé pour des cas semblables, et toujours les personnes que je questionnais m'affirmaient que le délivre était sorti. Aussi l'accoucheur ne doit-il, dans ces cas, en croire que son propre examen. Il faut absolument toucher la femme : on trouve l'orifice de l'utérus légèrement entr'ouvert, et ordinairement une des portions du placenta pendante du col. Il suffit alors de saisir cette portion avec deux doigts, pour en opérer facilement l'extraction. Si l'index et le médius ne pouvaient être introduits dans le col, ou ne pouvaient saisir assez solidement le placenta, on pourrait employer

la pince à faux germe de Levret, le crochet à délivrance de Dugès [1], ou la curette de M. Pajot. Parfois les adhérences du placenta sont encore si nombreuses, qu'il est impossible de les détruire et de l'extraire, même avec la pince de Levret. On peut alors, déprimant fortement l'hypogastre, comme pour abaisser la matrice, introduire l'index de l'autre main dans sa cavité, et le faire glisser entre le placenta et la paroi utérine. Enfin, si l'on ne pouvait pas y parvenir, il faudrait appliquer le tampon et administrer le seigle ergoté. Il est bien rare que les deux moyens réunis n'arrêtent pas la perte et ne provoquent des contractions suffisantes pour expulser le délivre.

C'est là ce qu'il convient de faire quand l'hémorrhagie devient, soit par sa durée, soit par son abondance, compromettante; mais lorsqu'elle s'est arrêtée, lorsque surtout le placenta est en partie engagé dans l'orifice et semble par sa masse s'opposer à tout écoulement sanguin, il faut attendre et bien se garder de vouloir l'extraire immédiatement. L'engagement du placenta dans la cavité du col maintient celui-ci à un degré de dilatation propre à faciliter son expulsion complète, et, excitant d'ailleurs comme corps étranger la sensibilité de cette partie, excite aussi ou au moins entretient les contractions du fond de la matrice. Si l'on cherchait à tirer sur la partie engagée, on pourrait déchirer la masse placentaire au point où elle est serrée par l'orifice interne rétracté. Or, immédiatement après cette extraction partielle, le col reviendrait sur lui-même, l'orifice interne se fermerait plus ou moins complétement et rendrait impossible l'extraction de la portion du placenta située encore dans la cavité du corps de l'utérus.

2° Les choses ne se passent pas toujours aussi bien, et la rétention du délivre peut devenir la cause des accidents les plus graves. Quelquefois, en effet, le placenta, resté dans la cavité utérine, après avoir été décollé en partie ou en totalité, ne tarde pas à se décomposer comme s'il était exposé à l'air : les lochies deviennent fétides; les parois utérines, en contact avec des matières en putréfaction, en absorbent une partie; la fièvre se déclare, et avec elle tous les accidents de l'empoisonnement putride. Il est évident que, dans ces cas malheureux, il faudrait débarrasser l'utérus des matières putrides qui infectent toute l'économie; mais malheureusement le col, complétement revenu sur lui-même, rend impossible l'introduction du doigt. Souvent même il est excessivement difficile de faire pénétrer l'extrémité d'une canule pour pousser des injections détersives dans la cavité de la matrice, et l'on en est réduit à attendre l'expulsion complète des matières sanieuses excessivement fétides qui résultent de la décomposition du placenta. En pareil cas, je n'ai qu'à me louer, dit M. Velpeau, du

[1] C'est un crochet mousse fait avec une anse de fil de fer ou d'argent d'une ligne au plus de diamètre. Cette anse plus ou moins étroite suivant l'épaisseur qu'on veut donner au crochet, mais n'ayant jamais plus de 4 centimètres de largeur, est courbée vers son extrémité, sur cette largeur même, en forme de crochet plus ou moins ample suivant le besoin; le reste, faisant tige, reçoit aussi les inflexions nécessaires pour en faciliter l'introduction et l'action. Quelques doigts suffisent pour conduire l'instrument dans la matrice, où il saisira le corps mou dans sa concavité, et l'attirera lentement en dehors (*Dict. de méd. et de chir.* en 15 volumes).

seigle ergoté. C'est, en effet, un moyen auquel il faut avoir recours, mais sur lequel cependant il ne faut pas trop compter. Une dame de trente-cinq ans, chez laquelle j'avais soupçonné une grossesse, à laquelle pourtant elle ne voulut pas croire, fut prise, après deux mois et demi de suppression de règles, d'un écoulement qui fut d'abord regardé par elle comme un retour menstruel; mais qui, à la suite d'une course en voiture, se convertit subitement en une perte des plus abondantes. Immédiatement appelé, je trouvai le col de l'utérus très-légèrement entr'ouvert; j'employai tous les moyens propres à arrêter la perte, et entre autres le seigle ergoté. L'hémorrhagie diminua peu à peu, et à dix heures du soir (six heures après l'invasion des accidents) elle avait complétement cessé. Pendant les cinq premiers jours, la malade alla très-bien. Le sixième, les lochies me parurent offrir un peu d'odeur, et, à trois heures de l'après-midi, survint un frisson violent qui dura une heure. A dater de ce moment, tous les phénomènes de résorption se déclarèrent. J'administrai immédiatement quarante grains de seigle, mais inutilement, rien ne fut expulsé; et malgré les soins éclairés de MM. Chomel et Moreau, qui furent plusieurs fois appelés en consultation, cette malheureuse dame succomba le dixième jour après le début des premiers accidents. A l'autopsie, nous trouvâmes le tissu de l'utérus ramolli, sa cavité remplie par le placenta putréfié et encore adhérent à la face interne de l'organe, dont nous ne l'avons pu séparer sans déchirer son propre tissu.

3° Après la mort du fœtus, il peut arriver encore que le placenta, conservant ses adhérences vasculaires avec la face interne de l'organe, continue à se développer : le cordon et le fœtus s'atrophient et finissent par être complétement détruits, ou bien l'œuf se rompt et le petit fœtus est expulsé, de manière qu'il ne reste plus dans l'utérus que les enveloppes de l'œuf. Ces enveloppes peuvent subir des transformations diverses, et la plus commune est le produit morbide connu sous le nom de *môle charnue*. Depuis les recherches de M. Velpeau, il est généralement admis que ces môles qui sont expulsées de la cavité utérine sont les restes d'un produit de conception altéré.

4° Il est un mode de terminaison, enfin, que MM. Nægele, Osiander, etc., ont admis : je veux parler de la résorption du placenta retenu dans la cavité utérine. Bien que cette résorption du placenta ait été observée même après l'accouchement à terme, c'est surtout à des fausses couches que se rapportent la plupart des faits mentionnés (voy. *Délivrance*).

ARTICLE IV

PRONOSTIC

Le pronostic de l'avortement est variable suivant l'époque où il survient et la cause qui l'a produit. Relativement au fœtus, il est toujours mortel, puisque son expulsion a lieu à une époque où il n'est pas encore apte à la vie extra-utérine. Je sais bien qu'on cite des fœtus nés avant l'époque de viabilité fixée par la loi,

qui ont vécu; mais ces exemples, fussent-ils authentiques, sont trop rares pour infirmer la proposition générale que nous venons d'énoncer.

Relativement à la mère, le pronostic est plus grave, dit-on, que celui de l'accouchement. Cette proposition, professée depuis Hippocrate, mérite cependant d'être expliquée, et ne doit pas être admise sans restriction. Le pronostic, considéré sous le rapport des suites immédiates, est moins grave dans l'avortement que dans l'accouchement; mais les conséquences éloignées sont certainement plus fâcheuses dans le premier cas que dans le second. Ainsi les maladies aiguës dont les femmes en couches sont affectées sont plus fréquentes après l'accouchement, tandis que les maladies chroniques des organes génitaux qui surviennent dans un âge avancé sont plus communes chez les femmes qui ont eu de nombreux avortements que chez celles qui n'ont eu que des accouchements à terme (1). Il est enfin important de signaler l'influence fâcheuse qu'un avortement semble exercer sur les grossesses subséquentes : par cela seul qu'une femme a fait une fausse couche, elle est plus que toute autre prédisposée à un pareil accident, et de grandes précautions doivent toujours être prises pour le prévenir.

L'époque à laquelle arrive l'avortement influe aussi sur le pronostic. Il n'est pas très-exact de dire avec Desormeaux que l'avortement est d'autant plus grave pour la femme qu'il survient à une époque plus avancée de la grossesse. Sans doute, dans le premier ou même le deuxième mois, il constitue à peine, comme nous l'avons dit, une indisposition; mais, dans le troisième ou le quatrième mois, l'expulsion du fœtus exige déjà une certaine dilatation du col, des contractions expulsives assez énergiques; le col et le corps de l'utérus n'ont pas encore subi les modifications nécessaires à un pareil travail; la délivrance présente souvent des difficultés qui se rencontrent plus rarement à une époque un peu plus avancée de la grossesse, de sorte que je pense que l'avortement est alors plus grave, plus pénible pour la femme, et aussi plus dangereux que dans le cinquième ou le sixième mois.

Enfin, le pronostic varie suivant la cause qui détermine l'accident. Le plus grave de tous est l'avortement provoqué soit par des médicaments internes, soit par des manœuvres. Celui qui succède à des causes dont l'action est lente et graduée présente en général moins de danger que celui qui est causé par une violence extérieure ou une commotion morale vive. Dans ce dernier cas, en effet, l'hémorrhagie qui précède, accompagne ou suit l'avortement, est presque toujours beaucoup plus grave. Lorsqu'il survient dans le cours d'une inflammation aiguë d'un organe important, pendant la durée d'une affection aiguë de la peau, il présente une très-grande gravité.

(1) Serait-il déraisonnable de penser que si les femmes qui ont eu de nombreux avortements sont plus exposées aux maladies chroniques, c'est qu'elles en portaient depuis longtemps le germe, lequel avait été lui-même la cause de leur avortement antérieur? Quelle a été la cause? quel a été l'effet? (Blot.)