

qu'en voyant les phénomènes sympathiques de la grossesse disparaître, en constatant une involution utérine complète, qu'on peut affirmer que la fausse couche a été faite et qu'il n'y a plus rien dans l'utérus.

Quelquefois, à la suite d'une hémorrhagie, il survient par les organes génitaux un écoulement de matières demi-solides, de couleur chocolat, plus ou moins odorantes, qui semblent dues à la désagrégation du tissu placentaire; en réalité, ce sont des caillots qui se sont accumulés entre la paroi utérine et l'œuf et qui se dissocient ainsi peu à peu pendant que la grossesse continue son cours. Ce sont les reliquats de ces hémorrhagies que l'on observe assez souvent sur les membranes à terme sous forme de dépôts de fibrine grisâtre plus ou moins épaisse. D'après Pinard, la rétention des membranes après l'accouchement serait assez souvent due aux adhérences qui se produisent, grâce à ces dépôts fibrineux, entre les membranes et l'utérus.

Il faut attacher d'autant moins d'importance à cette évacuation prolongée de caillots hors l'utérus qu'on a rapporté des observations (Playfair, Charpentier et Doléris) dans lesquelles des morceaux de caduque utérine auraient été expulsés sans que l'avortement s'ensuivit.

On ne peut arriver à formuler un diagnostic qu'en s'entourant de toutes les garanties possibles, en examinant avec soin les caillots, en surveillant l'état de l'utérus, etc. On rencontre à chaque instant dans la pratique des cas où la moindre inattention peut faire errer le diagnostic. A quel accoucheur n'est-il pas arrivé de retrouver dans des linges un petit œuf, des débris de placenta, qui étaient passés inaperçus, alors que la garde ou que les personnes de l'entourage affirmaient qu'il n'était sorti que des caillots?

Lepage a observé à cet égard une erreur de diagnostic assez instructive : la femme d'un médecin, enceinte de trois mois et demi environ, avait expulsé au milieu de caillots son placenta avec les membranes; le mari, convaincu qu'il se trouvait en présence d'un de ces faits extraordinaires de délivrance précédant l'expulsion du fœtus, était convaincu que ce dernier était resté dans la cavité utérine; un confrère voisin avait été du même avis, et au bout d'une huitaine de jours d'attente, parlait de dilater l'utérus pour aller à la recherche du fœtus récalcitrant. En examinant la femme, Lepage trouva que l'utérus était peu volumineux, qu'il ne s'écoulait plus de sang par l'utérus; le délivre avait été heureusement conservé; en l'examinant on vit qu'il s'agissait d'un œuf clair; le fœtus ou plutôt l'embryon, réduit aux dimensions d'un petit pois, pendait encore à son cordon grêle comme une épingle.

Ces cas où le fœtus est mort rendent donc encore plus difficile le diagnostic de l'avortement et peuvent faire croire à tort à la vacuité de l'utérus, alors qu'en réalité l'œuf flétri y est encore contenu: Velpeau, Mac Clinck, M. Duncan en ont rapporté des exemples qui présentent un intérêt assez grand au point de vue médico-légal.

On voit combien il faut être circonspect pour tout ce qui concerne le diagnostic de l'avortement; il est bon de ne pas être trop affirmatif lorsqu'on n'a pas les éléments suffisants pour juger si l'avortement est réellement et complètement fait.

Un point important du diagnostic de l'avortement est d'en rechercher la

cause : c'est en se basant sur les renseignements fournis par la femme, après un interrogatoire minutieux et un examen attentif, qu'on arrive à éclaircir cette question de pathogénie.

D'après ce que nous avons dit, les quatre causes qu'on doit rechercher avec soin sont : la syphilis, l'albuminurie, l'insertion du placenta sur le segment inférieur et les manœuvres criminelles. Lorsque l'enfant naît mort et macéré, la cause la plus habituelle est la syphilis, qu'il faut rechercher aussi bien chez le père que chez la mère; l'histoire de grossesses antérieures s'étant terminées de la même manière vient souvent éclairer le diagnostic. L'examen du placenta permet dans la pluralité des cas de reconnaître l'albuminurie comme cause de la mort du fœtus et de l'avortement.

L'existence d'hémorrhagies à répétition et l'examen des membranes font reconnaître l'insertion du placenta sur le segment inférieur. Le fœtus naît alors généralement vivant.

Quant à l'avortement criminel, les confidences de la femme font seules connaître la véritable cause de l'avortement, mais elles sont loin d'être faciles à obtenir (voy. p. 867).

Traitement. — *Traitement préventif.* Lorsqu'une femme est enceinte, elle doit prendre différentes précautions pendant les premiers mois de sa grossesse (voy. *Hygiène de la grossesse*) : éviter la constipation, s'abstenir de marches ou de courses en voiture trop prolongées, etc.

C'est pour ainsi dire la première partie du traitement préventif qui doit devenir plus rigoureux, lorsque la femme a fait déjà une ou plusieurs fausses couches. On a soin d'établir, d'une manière aussi précise que possible, la cause probable du ou des avortements antérieurs, et on dirige la thérapeutique de manière à empêcher cette influence nocive. C'est dire que les moyens à employer sont aussi nombreux que les causes qui peuvent produire l'avortement.

Lorsque c'est l'état général qui semble empêcher le développement du produit de conception chez une femme, il faut instituer un traitement.

Si la cause du ou des avortements précédents semble être la syphilis paternelle ou maternelle, il faut, dès le début de la grossesse, instituer le traitement spécifique. Dans les cas d'avortements répétés dont la cause ne peut être précisée, alors qu'on ne trouve ni chez le père ni chez la mère aucune trace de syphilis, l'iodure de potassium donne parfois de bons résultats.

Toutes les fois que la profession de la femme semble être la cause des avortements, on doit lui conseiller d'en changer.

Lorsqu'une femme présente une lésion utérine — endométrite hypertrophique ou hémorrhagique, lésion du col (Olshausen) — ayant déterminé l'expulsion prématurée de l'œuf, il faut d'abord traiter cette lésion avant de permettre une nouvelle conception; de même lorsqu'une femme semble avoir déjà avorté par suite d'une irritabilité particulière de l'utérus ou en raison de la congestion utérine qui se produit au moment des époques menstruelles, il faut redoubler de précautions, exiger le séjour au lit pendant les premiers mois de la grossesse jusqu'à ce qu'on juge que les liens qui rattachent l'œuf

à l'utérus sont suffisamment résistants. Il est utile chez certaines femmes de faire garder le repos à la chambre ou sur une chaise longue pendant les quelques jours qui correspondent à l'époque des règles.

Il y a des *menaces sérieuses d'avortement; que faut-il faire?* La conduite diffère suivant : 1° qu'on veut essayer d'enrayer le début d'avortement; 2° ou qu'on juge inutile d'empêcher cet avortement, soit parce qu'on a la certitude de la mort du produit de conception, soit parce que les membranes sont rompues.

Dans le premier cas, il faut tenir la femme au lit, la tête basse, le siège un peu élevé, et lui recommander de bouger le moins possible. En même temps on essaie d'arrêter les contractions utérines à l'aide de lavements laudanisés ou d'injections sous-cutanées de morphine, répétées à intervalles assez rapprochés. Le premier lavement sera donné à l'aide d'une seringue et composé d'une petite quantité d'eau (124 à 200 grammes) : on y ajoute vingt à vingt-cinq gouttes de laudanum de Sydenham. On donne un nouveau lavement cinq à six heures après, avec dix à quinze gouttes, si les contractions, tout en diminuant de fréquence et d'intensité, persistent cependant. Les lavements de chloral peuvent être employés dans le même but. Pour que ces lavements médicamenteux soient conservés, il est nécessaire au préalable de vider le rectum à l'aide d'un grand lavement simple.

Nombre d'accoucheurs préfèrent les *injections sous-cutanées de morphine*, qui sont d'un emploi plus facile et qui agissent d'une manière plus rapide et plus active que les lavements laudanisés. On peut répéter plusieurs fois par vingt-quatre heures des injections de 1/2 à 1 centigramme, jusqu'à ce que les contractions utérines aient cessé; une bonne pratique consiste à faire d'emblée une injection de 1 centigramme, puis, si la femme ne paraît pas trop sensible à l'action du médicament, on fait une heure ou deux après, une nouvelle injection de 1/2 centigramme; s'il est nécessaire on donne ensuite des lavements laudanisés. Pinard, Varnier s'élèvent depuis quelques années contre l'abus des opiacés chez les femmes qui, dans les premiers mois de la grossesse, ont des contractions utérines douloureuses ou des hémorrhagies. Il est certain que dans nombre de cas cette thérapeutique est tout à fait inefficace et inutile.

Il faut, si les menaces d'avortement persistent pendant quelques jours, et si on les combat par les opiacés, veiller à ce que la constipation ne s'établisse pas.

Lorsque, malgré les doses assez fortes et assez rapprochées de morphine ou d'opium, les contractions utérines persistent, amenant des modifications du col, lorsque les membranes se rompent ou que la partie fœtale s'engage dans le col, *l'avortement devient inévitable*. Il faut alors se contenter de faire des injections vaginales antiseptiques, pratiquer le toucher le moins souvent possible et attendre que l'expulsion du fœtus et du placenta se fasse en bloc ou en deux temps.

Si l'expulsion a lieu en bloc, on fait un lavage des organes génitaux externes, puis une injection vaginale antiseptique, et l'on obture la vulve avec de l'ouate phéniquée, par exemple; l'injection intra-utérine ne doit être

employée que dans les cas où l'œuf s'est ouvert prématurément et où la mort du fœtus a amené sa putréfaction. Il est alors utile d'irriguer abondamment la cavité utérine.

Le fœtus est expulsé seul et le placenta est retenu dans la cavité utérine. — Quelle conduite doit être tenue? C'est là une question encore controversée aujourd'hui et que les progrès de l'asepsie et de l'antisepsie modifient pour ainsi dire chaque jour¹. Presque tous les accoucheurs sont à l'heure actuelle d'avis pour intervenir, c'est-à-dire enlever le placenta avec le doigt ou la curette lorsque survient un incident, élévation de température ou hémorrhagie. L'accord cesse au sujet de la conduite à tenir lorsqu'il y a, *post-abortum*, rétention du placenta, sans accident. Deux opinions principales se trouvent en présence : les uns, s'appuyant sur l'observation qui montre que dans nombre de cas l'expulsion du placenta se fait spontanément sans incidents, conseillent d'attendre; les autres, hantés par la crainte des complications et forts de l'innocuité d'une intervention, conseillent de vider l'utérus.

A. *Expectation armée.* — S'abstenir de toute intervention tant qu'il n'y a pas d'élévation de température dépassant 58 degrés, par exemple, d'accélération du pouls ou d'hémorrhagie grave par son intensité ou sa continuité. On veille à l'asepsie des organes génitaux, en faisant soit deux ou trois injections vaginales par vingt-quatre heures, soit simplement des toilettes vulvaires. La femme est maintenue au lit; la température est prise matin et soir, plus souvent s'il est nécessaire. Dès que le placenta commence à se décoller, on donne des injections vaginales chaudes qui diminuent l'abondance de l'hémorrhagie et qui hâtent le décollement du placenta. Cette expulsion se fait habituellement sans incident.

Le principal avantage de cette méthode est d'éviter à la femme toute intervention, puisque c'est spontanément — au bout d'un temps plus ou moins long — que le placenta est décollé et expulsé; elle présente de multiples inconvénients (séjour prolongé au lit, difficultés dans certains cas d'exercer une surveillance méthodique, possibilité d'accidents fébriles et autres qui nécessiteront une intervention tardive, et par cela même moins sûre en ses résultats qu'une intervention immédiate).

B. *Delivrance artificielle immédiate.* — Ce sont ces inconvénients qui ont décidé nombre d'accoucheurs à vider le plus rapidement possible l'utérus et à enlever le placenta avec les doigts, avec des pinces mousses, des pinces à faux germe ou avec des curettes; si les moyens diffèrent, le but est le même. Doléris s'est fait en France, dès 1885, le défenseur du curettage de l'utérus dans les cas d'avortement suivi de rétention du placenta : il y ajoute le raclage de la cavité utérine avec un écouvillon imbibé de solution antiseptique.

Pinard, après avoir été longtemps partisan de l'expectation armée, pense que dans certaines conditions il est préférable d'évacuer l'utérus au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures, en l'absence même de tout accident,

¹ Lire le livre très documenté de Chaleix, Vivio et Audebert : *Traitement de l'avortement incomplet*. G. Masson Paris 1896

surtout si la femme proteste contre le séjour au lit et ne peut être surveillée et soignée d'une manière convenable, mais il déconseille l'usage de la curette et préconise le curage de l'utérus fait avec les doigts. Les reproches faits depuis longtemps à la curette par Tarnier, Pinard, sont multiples; elle ne permet pas de détacher de l'utérus tous les débris du placenta qui y sont contenus et elle peut produire des lésions graves de l'utérus (perforation, etc.). Chaleix, Vivie et Audebert¹ concluent également en faveur de l'intervention: « *En dehors de tout accident, disent-ils, l'expectation pure est, pour nous, une imprudence.* La malade reste en imminence d'hémorrhagie et d'infection. Si le placenta tarde à sortir, l'extraire avec le doigt et la curette. En tout cas, toutes les fois que la malade ne pourra être soumise à une surveillance, nous considérons *comme une faute* de la quitter sans l'avoir mise dans l'impossibilité absolue d'avoir en notre absence une hémorrhagie soudaine et pour cela nous préconisons le *tamponnement utérin*, d'une innocuité et d'une prophylaxie parfaites. »

Il ne peut y avoir, en pareille matière, de conduite unique: elle doit varier suivant les conditions dans lesquelles se trouve la femme, suivant les soins qui lui peuvent être donnés, et il faut bien le dire, suivant sa volonté. Telle femme consentira à rester au lit pendant vingt ou trente jours pour éviter une intervention qui n'est point formellement indiquée; telle autre, pressée par les exigences de la vie, demande à être libre le plus tôt possible et réclame une intervention habituellement indiquée; telle la met à l'abri d'accidents toujours possibles. L'*expectation armée* est d'autant plus rarement indiquée que très souvent l'avortement a été provoqué et qu'il survient tôt ou tard des accidents qui forcent à intervenir. La *délivrance* faite peu de temps après l'expulsion du fœtus n'est pas toujours facile; il nous semble préférable de n'user de la curette que dans les cas où il y a une difficulté très grande à pénétrer dans l'utérus et à décoller le placenta. Une bonne méthode consiste à introduire dans l'utérus un petit ballon de Champetier de Ribes qui produit des contractions utérines amenant le décollement et l'expulsion du placenta, en même temps qu'il prévient l'hémorrhagie par tamponnement intra-utérin. Il facilite ensuite l'exploration de la cavité utérine avec les doigts.

Traitement des complications. — Dans certains cas d'avortement, avant même que l'expulsion ait lieu, des accidents surviennent qui nécessitent une conduite particulière.

Traitement de l'hémorrhagie pendant l'avortement. — Elle peut survenir alors que l'œuf est intact ou lorsque le fœtus est déjà expulsé.

Dans le premier cas, c'est aux injections vaginales chaudes que nous donnons la préférence, en rejetant complètement le seigle ergoté et en proscrivant également le tamponnement vaginal; il est cependant préconisé par des auteurs tels que Tarnier et Budin, qui conseillent de tamponner autant de fois que l'hémorrhagie se renouvelle. La rupture artificielle des membranes, qui est un moyen simple et inoffensif, peut rendre de grands

¹ *Traitement de l'avortement incomplet.* Paris, 1896, p. 140.

services, et doit être pratiquée lorsque l'avortement est inévitable en raison même de l'abondance extrême de l'hémorrhagie. L'introduction d'un petit ballon de Champetier de Ribes rend également ici les plus grands services.

Lorsque l'hémorrhagie survient par suite de la rétention du placenta dans l'utérus, il suffit encore le plus souvent d'avoir recours aux injections d'eau chaude sans se servir ni du seigle ergoté ni du tamponnement; si toutefois l'hémorrhagie est assez abondante pour mettre les jours de la femme en danger, le mieux est alors de dilater l'utérus avec un ballon de Barnes, par exemple, ou avec un petit ballon de Champetier de Ribes, et d'aller avec le doigt décoller le placenta et l'extraire. On est ainsi plus sûr de nettoyer complètement la cavité utérine qu'en se servant d'instruments. Il faut d'ailleurs savoir que ces hémorrhagies liées à la rétention placentaire dans l'avortement sont plus rares qu'on ne l'a dit et surtout qu'elles s'accompagnent d'un cortège symptomatique plus alarmant que réellement grave.

Traitement des accidents de septicémie. — Quant au traitement des accidents de septicémie qui surviennent pendant ou après l'avortement, les avis ont été pendant quelque temps partagés: les uns se contentant de faire des injections vaginales ou intra-utérines; les autres débarrassant le plus rapidement possible l'utérus de ce qu'il contient, ou cherchant à désinfecter d'une manière complète la cavité utérine.

L'électisme n'est pas de mise ici: toutes les fois que chez une femme qui n'est pas délivrée après un avortement, la température s'élève et atteint ou dépasse 38 degrés, il faut intervenir, sans attendre que les lochies deviennent fétides ni surtout que survienne un frisson. Si la femme se trouve dans un service d'accouchements, elle doit être isolée, puis opérée.

On choisit alors entre le *curetage instrumental* et le *curage digital*¹. Un certain nombre de précautions sont communes aux deux méthodes opératoires: désinfection antiseptique des mains et des doigts de l'opérateur, des instruments, lavage et rasage des organes génitaux externes de la femme, toilette soigneuse du vagin, etc.; la femme est, dans certains cas, soumise à l'anesthésie chloroformique et placée en travers du lit.

A. Curettage. — Voici à peu près le manuel opératoire qui a été conseillé par Doléris: le col est saisi et abaissé avec une pince à griffes qu'on applique sur la lèvre postérieure. Un cathéter est introduit doucement dans l'utérus pour se rendre compte du degré de perméabilité du canal cervical et de la profondeur de la cavité cervicale. Si les orifices paraissent refermés en partie, il suffit de faire une dilatation rapide avec un dilateur métallique ou mieux avec des liges métalliques graduellement plus grosses.

Dans la pluralité des cas (et c'est là un grand avantage du curettage instrumental), on pénètre d'emblée sans difficulté dans l'utérus: on choisit pour cela une curette analogue à celle de Volkmann, avec laquelle on racle successivement la face antérieure, puis la face postérieure de l'utérus. Avec un peu

¹ PINARD, d'une manière logique, désigne sous le nom de *curetage* l'évacuation de la cavité utérine avec un instrument (*curette*) et réserve le nom de *curage digital* à la même opération pratiquée avec un ou deux doigts.

d'habitude, on reconnaît la place qu'occupe le placenta, qui donne une sensation de mollesse, de saillie qui diffère de celle de la paroi utérine avoisinante. On enlève alors ces débris de placenta ou le placenta entier; puis, lorsqu'il est aussi complètement détaché qu'on peut le faire ainsi, on continue à nettoyer avec la curette le reste de la cavité utérine; pour vider les cornes utérines, on se sert de curettes plus petites ou de la curette de Récamier.

On nettoie alors la cavité utérine soit avec un écouvillon imbibé de glycérine créosotée à 1 gramme pour 5 grammes, soit avec une bande de gaze iodoformée montée sur une pince languette et imbibée de la même solution; on pratique ensuite une irrigation intra-utérine avec 2 litres de solution antiseptique tiède, puis on introduit dans la cavité utérine une longue mèche de gaze iodoformée, on met ensuite dans le vagin un petit paquet de gaze iodoformée. On laisse le pansement en place pendant deux ou trois jours.

On retire alors la gaze iodoformée qui se trouve dans l'utérus et, après un lavage minutieux du vagin, on place à nouveau de la gaze iodoformée dans le vagin. Le pansement est renouvelé deux ou trois fois, puis, vers le quinzième jour, on enlève tout pansement vaginal et l'on se contente de faire des injections vaginales.

B. *Curage digital*. — Après avoir assuré l'asepsie des organes génitaux, on introduit doucement la main dans le vagin et l'on recherche l'orifice du col avec l'extrémité de l'index. On fait pénétrer dans l'utérus l'index, puis le médius. En même temps, l'autre main appliquée sur la région hypogastrique abaisse l'utérus et l'immobilise, en l'empêchant d'être refoulé trop haut par les doigts introduits dans l'utérus.

Lorsque la femme est bien anesthésiée, l'introduction des doigts dans la cavité utérine se fait sans difficulté; dans certains cas où le canal cervical offre quelque résistance, il suffit de le dilater temporairement avec un ballon de Barnes ou avec un petit ballon de Champetier de Ribes.

Lorsque le placenta est en partie décollé, le doigt est guidé pour arriver sur la portion encore adhérente que l'on sépare peu à peu de l'utérus. — Lorsque le placenta n'est pas du tout décollé ou lorsque, à la suite de manœuvres intempestives, il reste seulement dans la cavité utérine des cotylédons placentaires isolés, le ou les doigts s'orientent pour trouver les cotylédons qui forment au niveau de la face interne de l'utérus une saillie plus ou moins marquée et qui se décollent avec plus ou moins de facilité suivant le degré des adhérences. Quelquefois la tâche est facile: il n'y a pour ainsi dire qu'à cueillir le placenta, qui se décolle très bien.

Souvent, au contraire, le placenta adhère considérablement à la paroi utérine. Il faut alors, procédant avec lenteur, sans violence, décoller avec le bout du doigt toutes ces adhérences. « Le placenta, friable, n'est extrait que par morceaux qui se déchirent à la moindre traction. On conçoit la difficulté et le peu de sécurité dans ces cas, quand on cherche à extraire le délivre avec des pinces. On ne doit quitter la cavité utérine que quand le doigt ne sent plus aucun relief, aucune trace de débris placentaires sur sa paroi interne

— La difficulté réside souvent dans l'accès des cornes utérines, dans lesquelles on parvient cependant à pénétrer par la patience et la lenteur. » (Brion.)

Après ce curage digital, on fait une injection intra-utérine avec une solution phéniquée à 5 pour 100, ou avec une solution de sublimé à 1 pour 1000, ou une solution de biiodure de mercure à 1 pour 2000. — On essuie ensuite la cavité utérine avec un tampon de gaze iodoformée monté sur une longue pince à mors; lorsque la pince est introduite dans la cavité utérine, on lui imprime un certain nombre de mouvements de rotation de manière à frotter la surface interne de l'utérus et à la débarrasser des débris qu'elle peut contenir. On introduit ensuite dans l'utérus une mèche de gaze iodoformée qu'on laisse pendant quarante-huit heures et l'on bourre le vagin de gaze iodoformée.

Habituellement, après le curettage instrumental ou le curage digital, la température s'abaisse; les accidents fébriles diminuent et disparaissent; si l'intervention a été suffisamment précoce, la femme guérit sans accident. Parfois, une heure ou deux après l'opération, survient un frisson indiquant qu'il s'est produit une nouvelle infection au niveau des vaisseaux ouverts; mais cet incident reste d'ordinaire isolé et la température ne tarde pas à redevenir normale.

Lorsque l'intervention est trop tardive, les accidents peuvent persister malgré le curettage; les frissons se répètent; l'état de la femme s'aggrave et la mort survient par septicémie généralisée.

Aussi est-il important, chaque fois que l'on donne ses soins à une femme menacée d'avortement ou chez laquelle l'expulsion de l'œuf a lieu dans les six premiers mois, de prendre les mêmes précautions antiseptiques que pour un accouchement à terme. Ces précautions doivent être même plus minutieuses et la surveillance plus rigoureuse quand il y a rétention totale ou partielle du placenta; tout en se rappelant que dans la presque totalité des cas cette expulsion se fait sans incident, on ne doit se fier à l'expectation qu'autant que la surveillance est rigoureuse et qu'on est disposé à intervenir d'une manière radicale au moindre accident fébrile, à la moindre élévation de température; ces conditions sont loin d'être facilement réalisées dans la pratique.

II. ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ SPONTANÉ

L'accouchement est dit *prématuré* lorsqu'il survient à partir du sixième mois ou mieux à partir du moment où le fœtus est viable.

Causes. — L'étude de l'accouchement prématuré doit suivre celle de l'avortement, parce que nombre de causes peuvent interrompre le cours de la grossesse aussi bien vers le septième ou le huitième mois que vers le cinquième ou le sixième.

Toutes les causes qui peuvent tuer le fœtus au cours de la grossesse produisent non seulement l'avortement, mais l'accouchement prématuré: ainsi la syphilis du père ou de la mère, l'albuminurie gravidique, etc., peuvent

entraîner la mort du fœtus à une époque variable de la grossesse. Certaines causes (distension de l'œuf par exagération du liquide amniotique ou multiplicité des fœtus) interrompent plus habituellement la grossesse dans les trois derniers mois que dans les six premiers. Quelques complications telles que l'éclampsie, une maladie aiguë intercurrente, produisent également l'interruption de la grossesse.

L'insertion vicieuse, s'accompagnant d'hémorragies, est signalée depuis longtemps comme cause d'interruption de la grossesse; Pinard a montré que souvent l'accouchement prématuré était dû à l'insertion du placenta sur le segment inférieur (voy. p. 777) et que la rupture prématurée des membranes qui entraîne souvent l'accouchement prématuré est habituellement produite par cette insertion basse du placenta.

Dans certains cas, on ne trouve pas la cause réelle de l'accouchement prématuré; on se contente d'une cause banale, telle que la fatigue, les rapprochements sexuels répétés, etc. Enfin il ne faut pas oublier que certaines femmes accouchent toujours avant terme d'enfants qui d'ailleurs se portent bien.

Diagnostic. — Il est parfois bien difficile de savoir *s'il y a un début de travail*: c'est en observant la femme avec soin, en restant pendant un certain temps auprès d'elle, qu'on reconnaît si elle a réellement des contractions utérines douloureuses ou s'il s'agit seulement de douleurs abdominales tenant à une autre cause (colique hépatique, colique néphrétique, etc.).

Il n'est point toujours facile — et parfois la chose est importante au point de vue médico-légal — de dire si l'accouchement est *prématuré ou non*, ni de préciser quel est l'âge du fœtus expulsé. Si les renseignements fournis par la femme sur l'époque de ses dernières règles, sur la date à laquelle elle a perçu les mouvements actifs, sont exacts, ils fournissent une base importante d'appréciation; mais ces renseignements peuvent manquer — ou ce qui est pis — peuvent être donnés d'une manière inexacte par la femme. Il faut alors baser son diagnostic sur le volume, sur le poids du fœtus: mais il faut avouer qu'il est parfois bien difficile d'affirmer que le fœtus est *prématuré*. Dans certains cas, au contraire, il suffit de voir le fœtus pour être certain qu'il est né avant terme.

Il est important d'établir quelle est la cause de cette expulsion prématurée. Si le fœtus est *mort* depuis un certain temps, il faut rechercher avec soin la syphilis maternelle ou paternelle, l'albuminurie gravidique, les malformations fœtales; nous avons vu, au chapitre de la pathologie de la grossesse, combien l'examen du placenta fournissait d'indications précieuses à cet égard.

Si le fœtus est expulsé *vivant*, il faut s'assurer que la femme n'a pas de fièvre et que cette expulsion prématurée n'est pas causée par une maladie infectieuse; l'examen des urines montre que la femme est albuminurique ou bien l'auscultation des organes thoraciques révèle qu'il s'agit de tuberculose pulmonaire ou d'affection cardiaque. Enfin, assez souvent, c'est l'examen des membranes qui indique que l'insertion du placenta sur le segment inférieur est la cause de l'accouchement prématuré.

De l'accouchement. — Lorsque le travail se déclare au cours du septième ou du huitième mois, le ramollissement du col n'est pas complet; aussi la période d'effacement et même celle de dilatation sont-elles un peu plus longues, d'autant mieux qu'en raison de son moindre volume, la tête fœtale, s'il y a présentation du sommet, n'appuie pas fortement sur le segment inférieur; mais lorsque la dilatation de l'orifice utérin se fait régulièrement et lorsqu'elle atteint les dimensions d'une petite paume de main, l'accouchement se termine rapidement, parce que le fœtus peu volumineux est expulsé même à travers un orifice incomplètement dilaté.

De la délivrance. — Elle ne présente rien de particulier, sauf lorsque l'accouchement prématuré est causé par l'insertion vicieuse ou par l'albuminurie: on observe alors assez fréquemment des hémorragies.

Les suites de couche ont la même physionomie que dans l'accouchement à terme; l'involution utérine est un peu plus rapide, l'utérus n'ayant point subi une aussi forte distension que lorsque la grossesse va à terme.

Conduite à tenir. — Lorsque la femme est menacée d'accouchement prématuré, il faut tâcher de calmer l'utérus en prescrivant le repos, les lavements laudanisés ou de chloral, les injections de morphine, toutefois il ne faut pas abuser de ces médicaments qui, la plupart du temps, n'empêchent point, — s'il y a réellement début de travail — l'expulsion de se produire et peuvent intoxiquer le fœtus dont la vitalité est déjà compromise.

Dans certains cas, malgré toutes les précautions que l'on fait prendre à la femme, l'expulsion prématurée a lieu.

Pronostic. — Il diffère pour la mère et pour le fœtus suivant la cause qui produit l'interruption de la grossesse.

Il est parfois utile de ne point chercher à enrayer le début du travail; l'accouchement prématuré est en effet dans certaines conditions (albuminurie, affection cardiaque, viciation du bassin, etc.), un événement heureux pour la mère et pour le fœtus.

Le pronostic n'est grave pour la mère que si c'est une maladie organique (cœur, reins, poumon) ou une affection aiguë fébrile qui amène l'expulsion prématurée du produit de conception. Lorsque l'accouchement prématuré est dû à l'insertion du placenta sur le segment inférieur, l'hémorragie peut être assez considérable pour compromettre les jours de la femme.

Quant au fœtus, le pronostic varie également suivant la cause qui interrompt la grossesse. D'une manière générale, il a d'autant plus de chances de vivre qu'il naît à une époque plus rapprochée du terme et que son développement est plus parfait.

C'est une erreur de croire que les enfants qui naissent à huit mois ont moins de chances de s'élever que ceux qui naissent à sept mois.

Faiblesse congénitale. — Parmi les enfants qui naissent avant terme, parmi les *prématurés*, un certain nombre ne diffèrent guère des fœtus nés avant terme et s'élèvent avec presque autant de facilité: il suffit de les maintenir pendant quelques jours dans une pièce bien chauffée et de leur donner des tétées un peu plus fréquentes et moins abondantes.

Bon nombre naissent au contraire en état de *faiblesse congénitale*; c'est-

à-dire que chez ces enfants les fonctions principales de l'organisme et en particulier les fonctions digestives s'accomplissent d'une manière imparfaite.

Tout le corps est grêle. La peau molle et délicate est d'un rouge vif, uniforme; sa transparence laisse voir les vaisseaux sanguins qui la sillonnent. Les cris, sans vigueur, sont d'ordinaire aigus et monotones.... La respiration est faible, peu sensible; le thorax, pour ainsi dire immobile, ne présente que très imparfaitement ces alternatives d'élévation et d'affaissement qui la rendent si manifeste chez l'enfant robuste.... Les mouvements des membres sont à la fois rares et sans vigueur. L'enfant, plongé dans une sorte de torpeur, n'a même pas la force de téter. Les muscles de la paroi buccale, ceux de la langue et du voile du palais semblent insuffisants pour



Fig. 582. — Couveuse Tarnier avec thermo-siphon.

opérer la succion, la déglutition elle-même est souvent languissante. » (Guéniot.)

Traitement de la faiblesse congénitale. — A. Couveuse. — Depuis longtemps les accoucheurs avaient remarqué combien une atmosphère chaude était utile pour ces enfants nés en état de faiblesse congénitale; différents essais avaient été faits par Denucé, de Bordeaux (1857), puis par Credé, pour tenir l'enfant dans une sorte de berceau incubateur.

Tarnier perfectionna cette méthode en faisant installer en 1880 à la Maternité une couveuse analogue à celle qui est usitée pour obtenir artificiellement l'éclosion des œufs.

Cette couveuse est formée par une large boîte en bois à parois épaisses de 10 centimètres, qui est divisée en deux compartiments, l'un inférieur dans lequel se trouve le réservoir à eau chaude, l'autre supérieur où repose l'enfant. « Ce dernier compartiment a un couvercle formé de deux glaces de verre superposées et mobiles, à travers lesquelles on peut s'assurer de l'état du nouveau-né et de la température qu'indique un thermomètre placé à l'intérieur: il présente en outre, sur une de ses parois latérales, une porte par laquelle on peut retirer le berceau de l'enfant. Des orifices établissant une communication suffisante avec l'air extérieur sont ménagés dans chacun des compartiments, qui communiquent l'un avec l'autre par d'autres ouvertures. Le jeu de l'appareil est très simple: l'air pénétrant entre le piedestal et la boîte par les solutions de continuité qui existent à ce niveau, monte le long des parois du réservoir d'eau chaude, arrive échauffé dans le compartiment supérieur où il séjourne un temps variable, et enfin s'échappe par un

des orifices que nous venons de mentionner. Un thermo-siphon est adapté au réservoir, et la chaleur est fournie par une lampe qu'on ne doit allumer que deux ou trois fois en vingt-quatre heures, en la laissant brûler seulement deux heures chaque fois; on doit éteindre cette lampe aussitôt que le thermomètre indique dans le compartiment supérieur une température inférieure de 2 degrés à celle qu'on veut obtenir, car la température continue à s'élever encore de 2 degrés environ. La température qu'on doit maintenir dans l'appareil est en moyenne, d'après Tarnier, de 52°. Toutefois, on peut la faire varier de 50 à 57° centigrades; elle doit être d'autant plus élevée que l'enfant est plus faible. » (Tarnier et Budin.)

Cette couveuse de grande taille est d'un prix élevé; elle n'est plus guère usitée, même dans les Maternités, l'expérience ayant montré qu'il n'est pas sans danger de mettre ainsi plusieurs enfants dans la même couveuse. Aussi Tarnier en a-t-il fait construire par Galante un modèle plus petit (fig. 585), d'un prix moins élevé et qui se chauffe facilement; voici la description qu'en donne Auvard:



Fig. 585. — Couveuse Tarnier se chauffant avec des boules.

« La couveuse est représentée par les deux figures ci-jointes; elle se compose d'une caisse en bois, longue de 65 centimètres, large de 36 centimètres, haute de 50 centimètres (dimensions extérieures), l'épaisseur des parois étant de 25 millimètres.

« L'intérieur de la caisse est divisé en deux parties par une cloison horizontale incomplète située à environ 15 centimètres de la paroi inférieure.

« Dans l'étage inférieur, destiné à recevoir des boules d'eau chaude en grès, connues à Paris sous le nom de moines, sont pratiquées deux ouvertures, l'une latérale, occupant toute la longueur de la paroi, fermée par une porte à coulisse et pouvant à volonté se tirer dans les deux sens; c'est la voie d'introduction des boules. L'autre, percée à une des extrémités de la boîte, obturée par une porte incomplète, c'est-à-dire moins grande que l'orifice qu'elle recouvre, de manière à permettre toujours le passage d'une certaine quantité d'air.

« L'étage supérieur, disposé pour recevoir l'enfant, garni de coussins à cet effet, s'ouvre en haut par un couvercle vitré dont la fermeture est aussi complète que possible; deux boutons *bb* permettent de l'enlever facilement. Sur la paroi supérieure se trouve un orifice de sortie auquel est fixé, si l'on veut, un tube muni à son intérieur d'une petite hélice très mobile et pouvant tourner sous l'influence d'un faible courant d'air.

« Dans l'ouverture qui fait communiquer les deux compartiments, on place une éponge imbibée d'eau simple pour humidifier l'air, et aussi un thermomètre destiné à marquer la température de l'appareil.

« Le chauffage se fait au moyen de boules en grès ou moines, dont un modèle est représenté dans la figure 585; elles ont une longueur de 20 centimètres et une capacité de 1/2 litre. La couveuse peut contenir cinq moines, mais quatre suffisent ordinairement pour maintenir la chaleur nécessaire, c'est-à-dire variant entre 51 et 52°, la température extérieure de la chambre doit être de 16 à 18°.

« Pour chauffer la couveuse, on procède de la façon suivante : on commence par mettre trois boules remplies d'eau bouillante dans l'appareil; au bout d'une demi-heure elle a atteint le degré voulu, et l'on peut y placer l'enfant. Si à ce moment la température tend à s'élever au-dessus de 52°, on ouvre légèrement le couvercle en verre pendant quelques instants.

« Au bout de deux heures, on met une quatrième boule, et, à partir de ce moment, toutes les heures et demie ou deux heures il faut changer le contenu d'une des boules, celle qui est la moins chaude, et avoir soin d'y faire verser de l'eau bouillante.

« L'air pénétrant par la petite trappe décrite plus haut s'échauffe au contact des boules, et devenant ainsi plus léger, monte dans l'étage supérieur, s'imprégnant au passage de vapeur d'eau au contact de l'éponge, qu'on aura soin de conserver humide. Cet air vient ensuite entourer l'enfant, dont il balaye pour ainsi dire toute la surface, et s'échappe par l'orifice de sortie placé à l'extrémité opposée, en imprimant à l'hélice un mouvement de rotation, preuve palpable de l'existence du courant d'air, qui est indispensable au fonctionnement de l'appareil. »

Il est préférable que les enfants qui sont dans la couveuse soient emmaillottés; cette précaution permet de maintenir la couveuse à une température moins élevée et empêche que les enfants ne se refroidissent au moment où on les sort de la couveuse pour les faire téter. Les résultats obtenus par Tarnier, à la Maternité, sont absolument démonstratifs, puisque, d'après la statistique donnée par Auvar, les enfants d'un poids inférieur à 2 000 grammes, élevés à l'air libre, mouraient jadis dans la proportion de 66 pour 100, tandis que depuis l'usage de la couveuse la proportion de mortalité n'est plus que 56,6 pour 100.

Un service spécial a été ouvert en 1895 à la Maternité de Paris pour les *enfants débiles* qui sont pour la plupart mis en couveuse et élevés par des nourrices ou à l'aide du lait stérilisé. P. Budin¹, qui dirige ce service, a fait connaître les résultats pour les enfants qui y sont entrés pendant l'année 1895.

595 enfants ont été admis. Leurs observations sont résumées par P. Budin en plusieurs tableaux :

Tableau A : 98 enfants peuvent être considérés comme non viables; 57 d'entre eux sont morts le jour même de leur entrée, 21 le lendemain;

¹ *L'Obstétrique*, n° 5, 15 septembre 1896.

de plus 20 autres enfants avaient, au moment même où ils ont été apportés, une température rectale inférieure ou égale à 52°.

Tableau B : Sur les 297 enfants qui restent après cette première défécation, 25 avaient une température rectale oscillant de 52°,1 à 55°,5; 4 seulement ont survécu.

Tableau C : Sur la totalité des enfants apportés, un grand nombre (117) étaient malades.

Tableau D : Il comprend les 157 enfants qui « ont été sauvés » ou plus exactement qui sont sortis vivants du service.

Voici en défalquant les 98 enfants du *Tableau A*, et en tenant compte du poids des enfants à leur entrée dans le service, les résultats obtenus :

	Total	Morts	Pour 100 Vivants	Pour 100
A. Enfants pesant moins de 1200 grammes.	16	15	93,75	1 6,25
B. — de 1200 à 1499 gr.	54	59	72,22	15 27,77
C. — de 1500 à 1999	159	64	45,55	75 54,67
D. — plus de 2000	88	22	25	66 75

P. Budin fait observer que « les résultats seraient meilleurs si les statistiques n'étaient grevées par une épidémie qui a sévi au commencement et pendant toute la durée du mois de décembre. Cette épidémie, malgré tout ce que nous avons pu faire, a été désastreuse. » Cette statistique offre un point intéressant qui montre l'utilité de la couveuse pour certains enfants pesant plus de 2 000 grammes : trois enfants sont sortis vivants qui avaient à leur entrée une température rectale inférieure à 52°; l'un pesant 2 540 (T. R. 50°), l'autre pesant 1 290 (T. R. 51°), le dernier pesant 2 150 (T. R. 51°). Il faut toutefois observer que la plupart des enfants qui arrivent sont amenés de la ville et subissent forcément un refroidissement accusé pendant leur transport. Il serait même intéressant à ce point de vue de connaître les résultats suivant que les enfants sont nés dans le service ou ont été amenés du dehors.

Dans les Maternités, on peut se servir de couveuses métalliques chauffées au gaz, dont la température est maintenue constante par un régulateur de gaz.

L'usage de la couveuse est non seulement indiqué chez les enfants qui naissent en état de faiblesse congénitale, mais encore chez ceux qui présentent de l'œdème, du sclérome et chez ceux dont la vitalité a été un instant compromise par un accouchement lent et laborieux.

B. Alimentation des enfants atteints de faiblesse congénitale. Gavage.
— L'alimentation des enfants prématurés est importante à bien diriger : la petite capacité de leur estomac, la difficulté avec laquelle ils font des mouvements de succion, expliquent pourquoi il est souvent difficile de les alimenter d'une manière suffisante.

Lorsque la femme a déjà allaité, les difficultés sont moindres, parce que la femme peut faire couler du lait dans la bouche de l'enfant, ou, s'il est trop faible, dans une cuiller à l'aide de laquelle on le verse dans la bouche.

Lorsque la femme nourrit pour la première fois et que les bouts de sein ne sont pas suffisamment formés pour que l'enfant tette facilement, on est obligé d'avoir recours au lait d'ânesse ou au lait stérilisé, qu'on fait prendre par petites quantités (10 à 12 grammes par repas).

C'est pour les cas où l'enfant est trop faible pour téter et même pour boire que Tarnier a conseillé de recourir au gavage; voici le procédé qu'il préconise¹:

« L'appareil de gavage pour les enfants se compose tout simplement d'une sonde urétrale en caoutchouc (n° 14 ou 16 de la filière Charrière). Au bout de cette sonde on ajuste une cupule en verre qu'on trouve chez tous les fabricants d'instruments de chirurgie et chez tous les herboristes, où elle est vendue sous le nom de *bout de sein artificiel* du docteur Bailly. Avec ce petit appareil que chacun peut improviser, rien n'est plus aisé que de gaver un enfant. Celui-ci étant placé sur les genoux de la personne qui va procéder au gavage, la tête légèrement soulevée, la sonde est mouillée, puis introduite jusqu'à la base de la langue, et l'enfant, par des mouvements instinctifs de déglutition, la fait pénétrer jusqu'à l'entrée de l'œsophage; on pousse alors doucement la sonde pour lui faire parcourir toute la longueur de l'œsophage, où elle chemine très facilement. Après un trajet de 15 centimètres environ, y compris la bouche et l'œsophage, l'extrémité de cette sonde arrive dans l'estomac; on verse alors le liquide alimentaire dans la cupule; bientôt celui-ci, par sa pesanteur, pénètre dans l'estomac, et la cupule

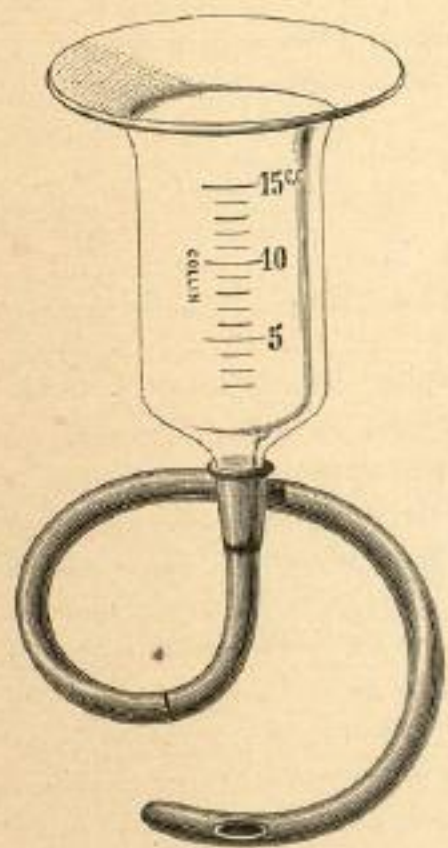


Fig. 584. — Appareil pour le gavage des nouveau-nés.

se vide ainsi que la sonde qui lui fait suite. Après quelques instants on retire la sonde, mais il faut le faire par un mouvement rapide, car, si l'on procédait lentement, le liquide alimentaire suivrait la sonde et serait rejeté par régurgitation.

« Le nombre de repas et la quantité de lait ingérée doivent varier avec l'âge et les forces de l'enfant, aussi bien au début que pendant le cours de l'allaitement par le gavage. On peut formuler, en règle générale, que les repas seront d'autant plus nombreux que la quantité de lait ingérée à chaque gavage sera plus petite et que l'enfant sera plus jeune et plus faible. 8 grammes de lait toutes les heures suffisent pour un gavage lorsque l'enfant est très petit et qu'il est né loin du terme de la grossesse. »

Cette question de l'alimentation des *prématurés* ou des *débiles* est encore à l'étude: dans un travail en cours de publication, P. Budin et Ch. Michel

¹ Bull. Acad. de médecine, 21 juillet 1885.

disent¹ avec raison qu'il ne suffit pas d'empêcher le refroidissement de ces enfants, « il faut ensuite leur donner des aliments qu'ils puissent ingérer, digérer et assimiler. Les organes, qui se trouvent incomplètement développés chez ces petits êtres, semblent ne pas fournir tous les éléments nécessaires à la bonne utilisation du lait. »

Lorsque le gavage est bien dirigé, l'enfant ne vomit pas, ses garde-robes sont jaunes; il augmente peu à peu. Dès qu'il a suffisamment de force, on le met au sein, mais il est encore souvent utile, outre les tétées, de le gaver trois ou quatre fois par jour: c'est ce que Tarnier appelle le *gavage de renfort*, parce qu'il entretient chez l'enfant la vigueur nécessaire pour bien téter et bien digérer. Avec ces différentes combinaisons on peut arriver progressivement à la suppression du gavage, sauf à y recourir à la moindre apparition d'un trouble des fonctions digestives.

Chez bon nombre d'enfants prématurés, il n'est point nécessaire de recourir à la couveuse et au gavage: il suffit de maintenir les enfants dans une pièce chauffée à 22° centigrades environ, de les faire téter fréquemment, ou s'ils ne peuvent téter, de leur faire boire du lait stérilisé étendu d'eau bouillie, pour qu'ils se développent.

On les stimule en leur faisant prendre des bains avec du vin, ou même en leur faisant des injections hypodermiques avec du sérum artificiel. Pinard s'est servi avec succès du sérum de chien, qui stimule les nouveau-nés et accroît leur vitalité.

AVORTEMENT CRIMINEL

Nous devons signaler l'expulsion de l'œuf provoquée dans un but criminel, c'est-à-dire sans que l'état général de la mère nécessite l'interruption de la grossesse. Cette question intéresse l'accoucheur au point de vue médico-légal et au point de vue des indications spéciales qui peuvent se produire dans la pratique².

Les moyens employés pour provoquer l'expulsion de l'œuf sont variés. Sans parler des médicaments ou des substances destinées à provoquer la contraction utérine, on peut dire que presque tous les moyens employés d'une manière scientifique pour interrompre la grossesse l'ont été également dans un but criminel. Un des moyens les plus anciennement usités est la ponction de l'œuf ou la déchirure des membranes. Tantôt c'est intentionnellement que cette rupture est produite, tantôt c'est en cherchant à insinuer un instrument, une sonde, une canule entre l'œuf et la paroi utérine qu'incidemment l'œuf se trouve rompu. L'injection intra-utérine est un procédé très usité: Vibert rapporte que dans l'affaire de l'avorteuse Thomas, dans

¹ Recherches sur l'alimentation des enfants débiles (Emploi des produits de digestion artificielle du lait de vache). L'Obstétrique, mars 1897.

² Lire sur ce sujet, outre les travaux classiques de Tardieu, Tourdes, Brouardel, Lacassagne, etc., les mémoires suivants: VIBERT. Considérations médico-légales à propos d'une affaire d'avortements multiples (Soc. de méd. légale, 14 nov. 1892). — MARSAIS. Des blessures de la matrice dans les manœuvres criminelles abortives. Thèse de Lyon, 1890. — LEROIX. De l'avortement criminel. Thèse. Paris 1897.

quarante-trois cas sur soixante-douze, une seule injection avait suffi à amener l'expulsion de l'œuf. L'un des procédés le plus récents est celui rapporté par Sir Draper (Boston, *Med. and surgic. Journ.*, 24 avril 1896): un avorteur se servit de l'électricité en introduisant un tube dans le vagin et en appliquant une éponge sur l'abdomen de la femme qui succomba onze jours après cette intervention.

On a collectionné à l'Institut de médecine légale de Vienne différents instruments (sondes simples, sondes armées de mandrins, aiguilles à tricoter, tiges de parapluie, seringues et spéculums, etc.) qui ont été saisis chez des personnes accusées de pratiquer des avortements. Une collection, fort importante au point de vue médico-légal, existe au laboratoire de Lacassagne (Lyon).

La symptomatologie de l'avortement provoqué est extrêmement variable suivant l'âge de la grossesse et le mode d'intervention. Souvent, pour les raisons que nous venons de dire, l'écoulement du liquide amniotique précède toute contraction. De plus, l'œuf étant expulsé vivant, cette expulsion s'accompagne d'un écoulement sanguin qui est parfois d'autant plus abondant que la personne qui a provoqué l'avortement a pu produire des lésions plus ou moins graves de la paroi utérine. Dans certains cas le fœtus peut avoir succombé depuis quelques jours avant d'être expulsé; tantôt sa mort a précédé l'intervention criminelle, plus souvent elle résulte d'un traumatisme exercé sur lui au moment de l'intervention.

Rien n'est plus difficile que de reconnaître si l'avortement a été provoqué; ce n'est qu'en se basant sur les renseignements contradictoires fournis par la femme et surtout sur ses confidences qu'on peut arriver à savoir qu'il y a eu intervention criminelle. Dans certains cas le doute n'est pas permis: Pinard a observé à la clinique Baudelocque une femme chez laquelle l'œuf fut expulsé avec un embout de caoutchouc qui s'était détaché de la seringue au moment où la sage-femme l'avait glissée dans l'utérus.

Le plus habituellement la recherche de l'avortement criminel au point de vue médico-légal présente de nombreuses difficultés. On a cependant constaté dans un certain nombre de cas des lésions des organes génitaux qui ne laissent aucun doute sur l'intervention. Sur vingt-huit cas d'avortement provoqués, Tardieu a noté dix-huit cas de morts à la suite de lésions produites par les manœuvres; ces lésions, dues à la ponction, avaient la forme de *trous*, de *canaux*, d'*éraillures*. On a observé des perforations du vagin, du col de l'utérus, et du corps de l'utérus (sur le fond ou les parois). Haberd (de Vienne)¹ pense que les blessures siègent le plus souvent sur le col de l'utérus, près de l'orifice interne et dans le fond de l'utérus; rarement elles intéressent la paroi postérieure de l'utérus et les culs-de-sac du vagin. Ces lésions se présentent sous forme de canal, de gouttière, d'éraillure, de fissure faite à la surface ou dans la profondeur du muscle utérin.

Les lésions qui sont ainsi créées par une intervention criminelle et maladroite ne sont pas toujours suffisantes pour amener des accidents immédia-

¹ Blessures des organes génitaux dans l'avortement criminel. *Sixième congrès des sociétés allemandes de gynécologie*. Vienne, juin 1895.

tement graves, comme ceux que l'on observe lorsqu'il y a perforation de l'utérus, lésion de l'intestin, etc.; ces lésions, alors même qu'elles n'intéressent pas toute l'épaisseur du muscle utérin, peuvent être cependant suffisantes pour être le point de départ d'accidents d'infection graves. Il est quelquefois bien difficile de les distinguer de celles qui pourront être produites au cours d'une intervention justifiée par les accidents qui existent.

Conduite à tenir. — Elle est parfois très délicate. Le médecin, tenu par le secret professionnel, ne peut rien révéler de ce qu'il connaît, surtout lorsqu'il a reçu les confidences de la femme; d'autre part, appelé auprès d'une femme qui présente, au cours d'un avortement, des accidents graves (hémorrhagies, infection, etc.) qui nécessitent une intervention, il doit faire ce que commande la situation et pratiquer certaines opérations (curage, curettage, voire même laparotomie) qui pourront plus tard lui être reprochées. Aussi est-il prudent en pareil cas de ne faire ces interventions, à moins d'urgence extrême, qu'après avoir appelé un ou deux confrères et avoir rédigé une consultation précise.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

Lorsque l'ovule fécondé se développe hors la cavité utérine, il y a grossesse *extra-utérine*, dite encore grossesse *ectopique*¹.

L'histoire de la grossesse extra-utérine n'a guère été faite que depuis qu'on connaît les phénomènes de l'ovulation et de la fécondation; de plus, les progrès de la chirurgie abdominale ont permis de constater *de visu* l'existence de grossesses extra-utérines, de telle sorte que, depuis plusieurs années, des notions nouvelles ont été acquises sur la symptomatologie et sur le traitement de ce que Levret appelait une « mauvaise grossesse ».

Sans rappeler les différentes variétés de grossesse extra-utérine admises par les auteurs, et en particulier par Dezeimeris, qui en décrit dix espèces, nous adopterons l'ancienne classification de Levret, de Baudelocque, qui admettaient que le développement ectopique de l'ovule peut se faire dans la *trompe*, au niveau de l'*ovaire* ou dans la cavité *abdominale*: d'où les trois grandes variétés de grossesse extra-utérine: *tubaire*, *ovarique* et *abdominale*.

Fréquence. — Il est bien difficile de l'apprécier: un certain nombre de grossesses extra-utérines passent inaperçues, l'embryon cessant de se développer à une époque peu avancée de la grossesse. Il semble qu'au fur et à mesure des progrès de la gynécologie, le nombre des faits se multiplie par suite d'une observation plus rigoureuse.

Parry a pu rassembler 500 cas de grossesse extra-utérine sur lesquels 250 fois le siège était douteux, 214 fois la grossesse était tubaire, 27 fois ovarique, 29 fois abdominale. Les 214 cas de grossesse tubaire se décomposaient en 149 grossesses tubaires proprement dites, 51 grossesses interstitielles et 59 grossesses tubo-abdominales.

¹ Lire le chapitre très complet (p. 95) du *Traité de Gynécologie* de S. Pozz, 5^e édit., Paris, 1897.

Von Schrenck¹ a réuni 610 cas publiés de 1888 à 1892; dans 125 les renseignements manquent sur le siège. Dans 559 cas (85,5 pour 100) elle était *tubaire*; dans 55 cas (8,2 pour 100) elle était *abdominale*; dans 19 cas (4,6 pour 100) elle était *ovarienne*; dans 14 cas (5,6 pour 100) elle était développée dans une corne utérine rudimentaire.

Quant au côté des annexes droit ou gauche, dans lequel se développe la grossesse ectopique, Hecker, Campbell, Martin avaient trouvé une fréquence plus grande du côté droit; mais Von Schrenck, Hennig, en comparant un nombre de faits plus considérable, notent une égale fréquence des deux côtés.

Anatomie pathologique. — Avant d'étudier les caractères propres à chacune de ces variétés, voyons quelles sont les modifications que subit l'organisme maternel et foetal dans toute grossesse extra-utérine.

a. *Organisme maternel.* — Les modifications générales de l'organisme varient beaucoup suivant les cas : tantôt elles sont aussi accusées que dans une grossesse normale, tantôt elles sont à peine ébauchées.

Les modifications locales sont plus importantes; quel que soit le point d'implantation de l'ovule fécondé, il s'y produit une grande vascularisation : les capillaires se transforment en sinus. L'utérus s'hypertrophie pendant les deux ou trois premiers mois de la grossesse et conserve ensuite le volume d'un utérus gravide de 2 mois et demi à 5 mois; Pinard a trouvé 12 à 14 centimètres comme longueur de la cavité utérine. Le col de l'utérus se ramollit, mais d'une manière beaucoup moins accusée que dans la grossesse normale. La muqueuse utérine s'hypertrophie et peut être expulsée sous forme de *caduque*. — Toutes ces modifications sont d'autant plus marquées que le point d'implantation de l'œuf est plus rapproché de l'utérus.

A.-H. Pilliet² a pratiqué l'examen histologique d'un certain nombre d'utérus de femmes ayant présenté une grossesse tubaire et ses recherches viennent confirmer celles d'Ercolani (1874), Léopold (1876), Schröder (1886). La caduque utérine existe dans les premiers temps de cette variété de grossesse; elle est ouverte au niveau du col et peut être privée de relations avec la caduque tubaire qui en est le point de départ. Cette caduque tombe de six semaines à trois mois après la conception; aussi faut-il étudier :

1° *L'état de la caduque en place.* — Elle est plus volumineuse et plus boursoufflée que la caduque de la grossesse utérine normale; ce qui tient au développement considérable de la couche perforée et de la couche compacte; la partie la plus superficielle de cette dernière est remplie de bouquets vasculaires et transformée en une véritable nappe de sang; aussi la caduque en place peut-elle donner lieu, avant de se détacher, à des hémorragies dans lesquelles le sang sera plus ou moins dilué, à de véritables exsudations. La caduque peut se détacher d'un bloc ou se vider peu à peu de ses éléments emportés par le flux séro-sanguin. Tant que la caduque est en place le muscle

¹ V. SCHRENCK. *Ueber ectopische Gravidität*, in *Küstner Bericht und Arbeiten aus der Universität-Frauenklinik zu Dorpat*, 1894, p. 565.

² Études histologiques des modifications de l'utérus dans la grossesse tubaire. *Annales de gynécologie*, octobre 1895.

sous-jacent est hypertrophié, son évolution se fait lentement, mais il ne paraît que peu ou pas enflammé.

2° *L'état de l'utérus après la chute de la caduque.* — Lorsque la caduque est tombée en totalité ou en partie, la muqueuse utérine doit se refaire; sur l'utérus ainsi dénudé et souvent déjà malade, on trouve tous les signes d'une métrite parenchymateuse intense (lésions vasculaires, dissociation des faisceaux musculaires par des faisceaux de cellules embryonnaires). La grossesse ectopique peut donc se compliquer à ce moment de métrite interstitielle, retardant l'involution et amenant son cortège de symptômes. Enfin les débris profonds de la couche perforée sont l'origine de nouvelles glandes utérines, qui prolifèrent d'abord au sein d'un tissu jaune très abondant. L'épithélium réapparaît, d'abord plat, puis cubique.

b. *Œuf.* — L'œuf a toujours ses deux *enveloppes* d'origine foetale (chorion et amnios). « Quant à l'enveloppe d'origine maternelle, qui remplace la caduque ou plutôt l'utérus, et prend ici le nom de paroi du kyste foetal, elle n'est pas la même dans tous les cas et varie avec le lieu où se développe l'œuf. Tantôt la paroi de la trompe dans la variété tubaire, tantôt les éléments du ligament large, tantôt une portion de l'ovaire constituent avec le péritoine et des néo-membranes l'enveloppe que fournit à l'œuf l'organisme maternel. L'épaisseur des parois du kyste est plus ou moins considérable et sa structure n'est pas toujours la même, car l'œuf se coiffe, pour ainsi dire, des éléments qui l'avoisinent. » (Pinard.)

Le *placenta* présente les plus grandes variétés de forme et d'épaisseur : tantôt il est très épais et n'occupe qu'une petite surface, tantôt il est mince, mais très étalé. D'après A. S. Gubb¹ ces variétés tiendraient à ce que dans certaines conditions le placenta de la grossesse ectopique peut conserver sa vitalité et par suite continue à croître après la mort et même après la disparition du foetus.

Le *liquide amniotique* est plus ou moins abondant, suivant que le foetus est ou non vivant : dans ce dernier cas il peut être résorbé complètement ou présenter une consistance épaisse et même une odeur fétide.

Le *foetus* succombe presque toujours au cours de la grossesse : il est exceptionnel qu'il présente un développement égal à celui d'un foetus à terme. Peyrot a rapporté une observation de grossesse extra-utérine, *gémellaire*, probablement tubaire : l'un des foetus avait 14 centimètres de longueur totale, l'autre qui était contenu dans une cavité amniotique distincte mesurait 21 millimètres de longueur seulement. Le Dentu a également communiqué à l'Académie de médecine (28 février 1896) le cas d'une femme qui portait dans sa trompe gauche un sac unique contenant deux embryons de sept à huit semaines. Dans quelques cas, le foetus reste vivant jusqu'à une époque rapprochée du terme de la grossesse (voy. chap. Pronostic, page 886).

Quant aux *rappports du kyste foetal avec les parties voisines*, Pinard en a montré l'extrême variété, d'après ses observations personnelles : tantôt

¹ A.-S. Gubb. *Le placenta dans la grossesse extra-utérine*. Th. Paris, 1895.

l'utérus est repoussé en avant, tantôt il est situé en arrière ou sur les côtés; il peut même ne subir aucun déplacement.

Le kyste foetal est le plus souvent immobilisé par des adhérences dans la cavité abdominale; mais il peut être mobile et présenter des contractions aussi fréquentes et aussi énergiques que l'utérus.

Pinard fait en outre remarquer que le kyste foetal : 1° peut être entouré par des anses intestinales passant en avant de lui et tellement adhérentes qu'on ne peut le décoller; 2° qu'il présente toujours deux loges, l'une foetale, l'autre placentaire, pouvant se rompre séparément. « Quelquefois la loge foetale peut être bilobée, présenter des étranglements et rendre l'extraction du foetus difficile ou impossible.... Le kyste foetal dans certains cas, par ses rapports avec le bassin, la vessie et l'utérus, est plus facilement accessible par la voie vaginale que par la voie abdominale. Ce sont ces dispositions qui doivent imposer soit l'élytrotomie, soit la laparotomie. »

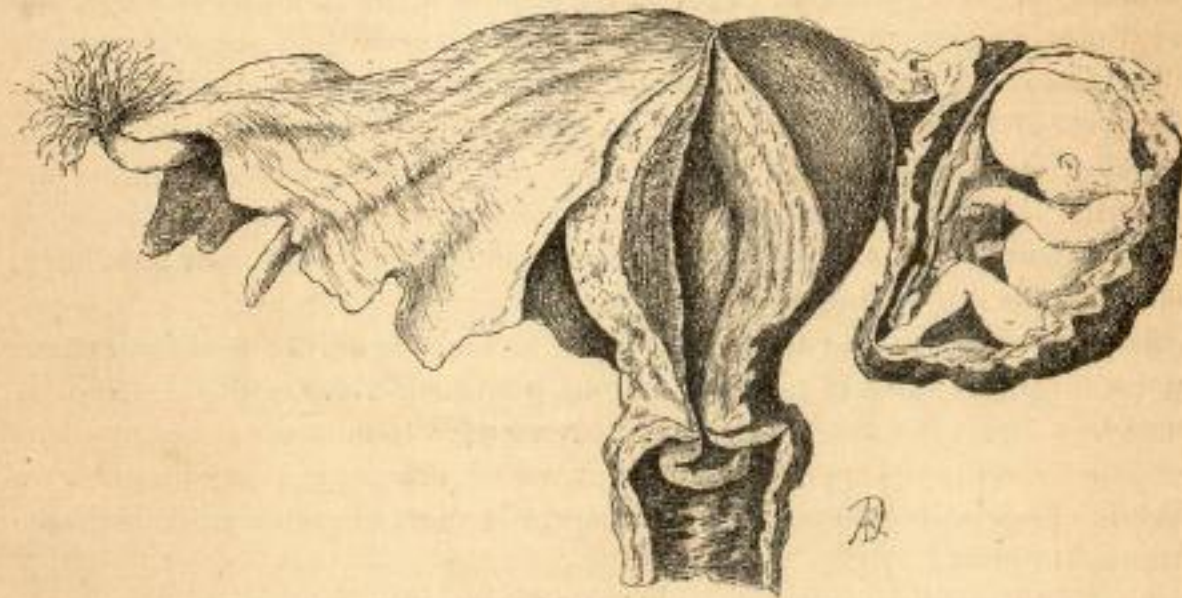


Fig. 585. — Grossesse tubaire avec poche foetale rompue (d'après Ramsbotham).

I. *Grossesse tubaire*. — Elle comprend trois variétés, suivant que l'œuf se développe :

a. Dans la portion interne ou utérine de la trompe (*grossesse interstitielle*);

b. Au milieu de la trompe (*grossesse tubaire proprement dite*);

c. Dans la portion externe de la trompe (*grossesse tubo-abdominale*).

A. Martin¹ distingue trois variétés : a, la grossesse interstitielle; b, la grossesse isthmique ou tubaire proprement dite, qui occupe la partie moyenne de la trompe; c, la grossesse ampullaire, la plus fréquente, qui siège dans la partie externe de la trompe. D'une manière plus rationnelle peut-être, J. C. Webster² admet trois variétés : a, la variété interstitielle; b, la variété ampullaire; c, la variété infundibuliforme qui comprend la grossesse tubo-ovaire et tubo-abdominale.

¹ A. MARTIN. *Die Krankheiten der Eileiter*, p. 524.

² J. C. WEBSTER. *Ectopic frequency, its etiology, classification, embryology, diagnosis and treatment*, Edinburgh and London, 1895.

a. *Grossesse interstitielle*. — La muqueuse tubaire s'hypertrophie au niveau de l'implantation de l'œuf, et les fibres musculaires sont repoussées de dedans en dehors. C'est dans cette variété que l'utérus est le plus volumineux.

La rupture a lieu assez souvent vers le troisième mois (14 fois sur 20).

Tantôt l'œuf se développe dans la *portion utérine de la trompe* et fait en partie saillie dans la cavité utérine (*grossesse utéro-interstitielle*) : ce qui explique les métrorrhagies abondantes que l'on observe au cours de cette grossesse extra-utérine et l'expulsion possible de l'œuf en entier ou en partie (placenta ou foetus) par la cavité utérine et les organes génitaux externes. Tantôt au contraire l'œuf se développe en dehors de l'orifice utérin, elle est *tubo-interstitielle*.

b. *Grossesse tubaire franche*. — On observe les mêmes phénomènes d'hypertrophie de la muqueuse, d'écartement des faisceaux

musculaires : quelquefois l'œuf fait saillie à travers les parois de la trompe. Lorsque l'œuf se développe vers le bord inférieur de la trompe, il décolle les feuillettes du ligament large. L'utérus est généralement refoulé du côté opposé à la trompe fécondée; lorsque le kyste descend dans le cul-de-sac de Douglas, l'utérus est refoulé en avant.

L'un des accidents fréquents de cette variété est la *rupture* qui peut survenir à toutes les époques de la grossesse, mais surtout entre la huitième et la douzième semaine, d'après les statistiques de Parry, Hennig, Maygrier. Cette *rupture* se fait :

a. Du côté de la séreuse : le sang s'épanche dans la cavité péritonéale, donnant lieu à des symptômes plus ou moins graves suivant l'abondance de l'hémorrhagie; quelquefois la rupture complète est pré-

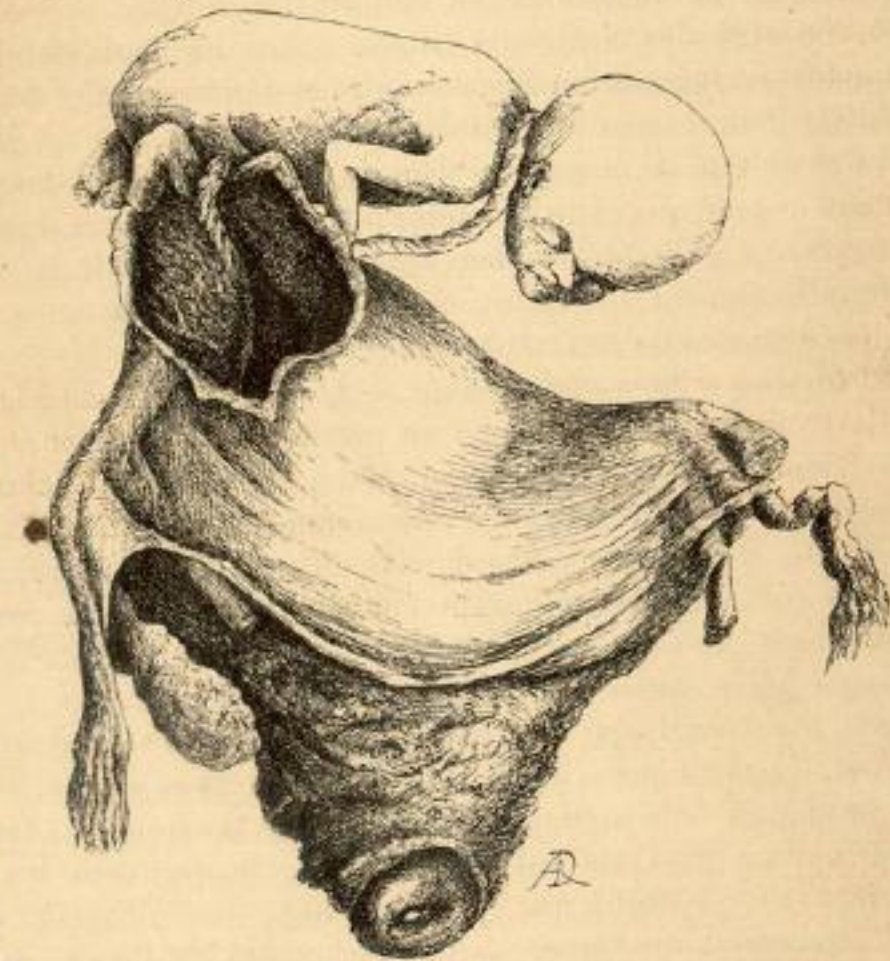


Fig. 586. — Grossesse extra-utérine tubaire (d'après nature). Rupture au quatrième mois. Disposition du foetus à l'autopsie.

cedée de petites fissures qui s'accompagnent d'un suintement sanguin modéré;

Folet¹ (de Lille) a opéré une femme chez laquelle a existé pendant quinze ans une grossesse tubaire contenant deux fœtus, l'un n'ayant que le développement d'un fœtus de deux à trois mois, l'autre étant parvenu à terme. Pendant l'année qui précéda l'intervention, la femme souffrit de petites poussées péritonitiques. D'après Folet, les deux fœtus n'étaient pas transformés en lithopédiens : ils avaient des tissus souples, non calcifiés et présentaient la consistance du lard cuit.

b. Du côté des ligaments larges, entre les feuillettes desquels le sang s'épanche en formant un hématome sous-péritonéal. Cet épanchement ainsi circonscrit se résorbe au bout d'un certain temps.

La fréquence de la rupture dans la variété tubaire est telle que certains auteurs ont nié que cette grossesse pût arriver à terme; il est cependant des observations indiscutables dans lesquelles les parois de la trompe se laissent suffisamment distendre; c'est surtout dans ces cas que sont marqués les phénomènes du *faux travail*.

c. *Grossesse tubo-abdominale*. — L'œuf se greffe dans la portion externe de la trompe, il se développe en partie dans la trompe, en partie dans la cavité abdominale. La trompe se dilate, s'amincit, se déchire par places; il se forme à ce niveau des fausses membranes qui limitent l'hémorragie et la péritonite. Il en est de même du côté du pavillon et des organes qui sont en rapport avec lui; lorsque l'ovaire contribue à former une portion de la paroi du kyste, la grossesse est *tubo-ovarique*.

Grâce à ces fausses membranes qui se forment peu à peu, « l'œuf se trouve ainsi enveloppé dans une véritable capsule secondaire, et les organes voisins, ligament large, épiploon, intestin, vessie, utérus, etc., contribuent à la formation de la partie la plus externe de la capsule » (Tarnier et Budin).

La rupture du kyste est moins fréquente que dans les autres variétés tubaires et se produit à une époque tardive.

II. *Grossesse ovarique*. — Les recherches de Puech, de Cohnstein, ont établi d'une manière indiscutable l'existence de cette variété de grossesse ectopique, dont les caractères distinctifs sont les suivants : le kyste fœtal est rattaché à l'utérus par le ligament de l'ovaire; l'ovaire n'existe pour ainsi dire plus; on trouve du tissu ovarien sur la surface du kyste. La trompe ne paraît pas faire partie constituante du sac.

La grossesse ovarique résulte de la fécondation d'un ovule au niveau d'une vésicule de de Graaf; on en a distingué deux variétés : *grossesse ovarique externe* lorsque le follicule de de Graaf restant ouvert, l'œuf vient faire saillie dans cette ouverture et se développe dans le péritoine; *grossesse ovarique interne*, lorsque la déchirure du follicule se renferme, emprisonnant l'œuf, qui se développe à la manière d'un kyste de l'ovaire, mais plus rapidement. — Ces deux variétés ne peuvent guère être différenciées dans la réalité, parce que dans les deux cas il se produit des adhérences avec les organes voisins.

¹ Bulletin de l'Académie de médecine, mars 1895.

La grossesse ovarique peut se terminer par rupture; mais en général cet accident est moins fréquent et moins précoce que dans la grossesse tubaire.

III. *Grossesse abdominale*. — Elle est *primitive* ou *secondaire*, suivant que l'œuf fécondé se greffe d'emblée dans la cavité abdominale, ou suivant que le fœtus y tombe et s'y développe secondairement après rupture d'une grossesse tubaire ou ovarique.

a. *Grossesse primitive*. — Il n'y a pas de caduque; les viscères qui sont en contact avec l'œuf présentent une vascularisation très grande; les villosités choriales s'abouchent avec les vaisseaux, se dilatent et forment des sinus. L'œuf se développe quelquefois sans amener d'inflammations de voisinage; le plus habituellement des phénomènes inflammatoires surviennent; des fausses membranes se forment qui enveloppent la tumeur fœtale, dont les parois peuvent présenter une certaine épaisseur, ce qui explique la rareté de la rupture du kyste abdominal.

b. *Grossesse secondaire*. — D'ordinaire, après la rupture du kyste, qui donne naissance à la grossesse abdominale secondaire, le fœtus succombe; dans des cas extrêmement rares cependant, le placenta restant adhérent, le fœtus continue à se développer, ainsi qu'en témoignent les observations exceptionnelles de Walter et de Bandl.

Dans un cas observé par Lawson Tait le fœtus à terme se trouvait dans la cavité abdominale, enveloppé dans l'amnios. Le placenta était inséré sur les parois de la trompe.

Rétention du fœtus mort. — Il est tout à fait exceptionnel que le fœtus se développe jusqu'à terme d'une façon normale; s'il échappe aux multiples dangers qui le menacent au cours de son évolution, il succombe généralement près du terme.

Souvent le fœtus meurt pendant les premiers mois de la grossesse; il peut alors se dissoudre et être résorbé entièrement. Le liquide amniotique se résorbe, et la tumeur fœtale diminue ou disparaît complètement. A une période un peu plus avancée, le fœtus ne peut plus se dissoudre et subit des modifications différentes : tantôt il se putréfie, sans qu'il y ait cependant rupture du kyste fœtal, mais probablement par suite du voisinage avec l'intestin, dont il n'est séparé que par une paroi assez mince. Le liquide amniotique se transforme en un liquide épais, purulent et fétide.

Dans des cas plus rares, le fœtus se transforme en *lithopédion* : ses parties molles subissent la dégénérescence graisseuse et forment avec le liquide amniotique une bouillie épaisse qui se résorbe peu à peu; il ne reste du fœtus que les os et des sels de chaux enveloppés dans une paroi épaisse qui a subi la dégénérescence calcaire, et formant une masse dure comme une pierre.

Dans d'autres cas, le fœtus est enveloppé dans la même paroi calcaire formée par des membranes, mais il a conservé son aspect extérieur, il s'est pour ainsi dire momifié.

Ce sont là des faits de rétention du fœtus sans accidents ou du moins sans accidents immédiats; il n'en va pas toujours ainsi et la rétention du fœtus

mort dans la grossesse extra-utérine peut s'accompagner d'accidents, alors même qu'il n'y a ni rupture ni ouverture du kyste dans un organe voisin. Ces accidents sont presque toujours dus à la putréfaction du fœtus, qui se produit en raison de la minceur et de la nature de la paroi du kyste; celui-ci suppure et bientôt surviennent des symptômes de péritonite et de septicémie. La péritonite peut être généralisée et rapidement mortelle, ou bien subaiguë, et déterminer des adhérences avec les organes voisins. Les femmes meurent au bout d'un certain temps, par suite des progrès de la septicémie ou avec des symptômes de cachexie hectique.

Quelquefois il se produit une accumulation de liquide dans la cavité kystique; Pinard a vu dans un cas, deux mois après la mort du fœtus, le kyste augmenter de volume au moment des règles.

Lorsque le kyste fœtal est suppuré, il s'enflamme, contracte des adhérences avec les organes voisins et ne tarde pas à s'ouvrir soit au dehors à travers la paroi abdominale ou par l'intermédiaire d'un organe voisin, soit dans le péritoine, de telle sorte que son contenu peut être ainsi expulsé peu à peu au dehors.

Ouverture du kyste. — L'ouverture du kyste peut se faire :

a. *Au niveau de la paroi abdominale antérieure.* — L'ouverture a lieu habituellement au niveau de l'ombilic et de la région péri-ombilicale; mais on peut l'observer en n'importe quel point de la paroi abdominale. On est généralement obligé d'agrandir l'ouverture pour permettre l'élimination par cette voie des os, des parties molles du fœtus, du placenta, etc.; cette élimination est lente à se faire. D'après Maygrier, bien que cette terminaison de la grossesse extra-utérine ne soit pas exempte de dangers, elle offre cependant de grandes chances de salut pour les femmes.

b. *Dans l'intestin.* — L'ouverture se fait de préférence au niveau du gros intestin et en particulier du rectum; quelquefois la communication avec l'intestin siège en deux endroits différents (Littre).

« Le plus souvent, dit Pinard, l'ouverture du kyste dans l'intestin s'annonce par des symptômes particuliers. Il y a des douleurs abdominales, des besoins fréquents d'aller à la garde-robe. L'expulsion des matières est plus ou moins pénible et le ténésme se montre fréquemment. Les matières expulsées sont constituées par un liquide séro-sanguinolent d'une odeur repoussante, puis par des débris putréfiés plus ou moins volumineux et des fragments de squelette; parfois une véritable hémorrhagie se produit (Cohen). Cette élimination a une durée variable, mais généralement elle est lente et peut se montrer d'une façon intermittente pendant des mois et des années. Pendant la durée de cette expulsion, il peut arriver que l'état général de la femme reste bon. Mais souvent des symptômes de septicémie se déclarent; à l'amaigrissement succèdent des sueurs profuses et de la fièvre, et, après une période cachectique qui dure plus ou moins longtemps, la femme succombe. Ces faits s'observent surtout dans les cas où la communication avec l'intestin a lieu en un point trop élevé pour être accessible à l'intervention chirurgicale par la voie rectale. »

Cette élimination par l'intestin est assez fréquente; elle s'observe dans

plus du quart des cas de rétention du fœtus. La mortalité diffère beaucoup suivant les statistiques: quelques-unes donnent jusqu'à 61 et 62 pour 100 de mortalité, tandis que celle de Maygrier donne le chiffre très faible de 5,50 pour 100.

c. *Dans le vagin.* — Elle est moins fréquente que l'ouverture dans l'intestin: elle s'accompagne d'un écoulement de liquide purulent plus ou moins fétide contenant des débris membraneux et des fragments du squelette du fœtus. Cette terminaison a été notée 12 fois sur 248 cas (Parry); la mortalité est en moyenne de 50 pour 100.

d. *Dans l'utérus.* — C'est une terminaison tout à fait exceptionnelle: il faut que les parois du kyste et celles de l'utérus se sphacèlent ou soient détruites.

e. *Dans la vessie.* — Cette terminaison s'observe environ 1 fois sur 20; l'élimination est longue à se faire et s'accompagne généralement de phénomènes de cystite purulente. Le pronostic en est assez grave.

f. *Par des voies multiples.* — On trouve ici les plus grandes variétés anatomo-pathologiques: le kyste peut ainsi s'ouvrir à la fois dans le vagin et dans l'intestin, dans le rectum et le vagin, dans le rectum et la vessie, etc. Le pronostic est essentiellement variable suivant chaque cas. Un fait tout à fait exceptionnel est la communication du vagin avec l'intestin se faisant par l'intermédiaire du kyste: ce que L.-H. Petit appelle une fistule intestino-kysto-vaginale.

Symptômes. — La grossesse extra-utérine a une symptomatologie très variée, fertile en incidents: tantôt (le fait est rare) elle évolue absolument comme une grossesse utérine normale; ce n'est que vers la fin de la grossesse que la femme consulte un médecin, ou parce qu'elle ne sent plus remuer le fœtus, ou parce qu'elle a des douleurs analogues à celles de l'accouchement (phénomènes du faux travail), ou bien parce que le terme de la grossesse est dépassé et que la femme est surprise de ne ressentir aucun phénomène douloureux symptomatique de la délivrance.

Tantôt, au contraire, au début d'une grossesse très pénible, douloureuse, la femme est prise tout d'un coup d'une *douleur très vive* dans l'abdomen avec phénomènes généraux graves auxquels elle succombe en quelques heures: le *kyste fœtal s'est rompu*. Entre ces deux degrés extrêmes se placent toutes les variétés possibles dans lesquelles on retrouve diversement groupés les symptômes suivants.

D'après Pinard, les premiers accidents et les troubles fonctionnels débent dès la fin du premier mois: ils sont « constitués par des phénomènes péritonitiques et des troubles fonctionnels du côté de l'intestin et de la vessie ». Les phénomènes péritonitiques peuvent être constatés pendant tout le cours de la grossesse, tandis que les troubles fonctionnels ne se montrent guère que dans les trois ou quatre premiers mois.

Tous les signes fonctionnels de la grossesse normale peuvent exister (suppression des règles, augmentation de volume du ventre et des seins, troubles digestifs, etc.). En outre, deux symptômes apparaissent :

1° Ce sont des *douleurs* plus ou moins vives dans le bas-ventre, avec

irradiations dans les lombes; ces douleurs reviennent de préférence au moment des époques menstruelles et obligent la femme à garder le lit pendant plusieurs jours. Parfois ces douleurs sont continues et condamnent la femme à une immobilité à peu près complète; à certains moments il se fait comme une poussée péritonitique: le ventre se ballonne, est plus douloureux; la moindre pression sur la paroi abdominale amène des douleurs vives; puis, après cet accès douloureux accompagné ou non de symptômes fébriles, le calme revient; la femme peut marcher, vaquer à ses occupations jusqu'à ce qu'éclatent de nouveau des symptômes douloureux.

Il existe, en outre, des phénomènes de compression dus à la tumeur fœtale, troubles de la miction, dysurie, constipation, etc. Quelquefois, par suite de l'irritation produite sur l'intestin, on observe de la diarrhée ou des alternatives de diarrhée et de constipation.

2° Si les règles sont habituellement supprimées, et si, dans le tiers des cas (Pinard), la femme ne perd pas de sang, il n'est point rare cependant qu'un *écoulement sanguin se produise*; tantôt il a lieu à l'époque des règles; il est rouge et s'accompagne de douleurs assez vives: l'ovulation ne reste pas silencieuse. Souvent à ce moment se produit l'*expulsion de la caduque*; comme cette expulsion, qui se fait habituellement dès les premiers mois de la grossesse, coïncide parfois avec des douleurs assez vives, on croit que la femme a fait une fausse couche, alors que la grossesse extra-utérine continue à évoluer. Dans la plupart des cas observés par Pinard, l'expulsion de la caduque a manqué. Lorsqu'elle a lieu, elle se produit tantôt dans les premiers mois, tantôt à la fin de la grossesse. L'œuf peut continuer à se développer après l'expulsion de la caduque¹.

Quelques femmes perdent du sang couleur marc de café; d'autres fois l'écoulement est séro-purulent. L'écoulement sanguin a pu être assez abondant pour nécessiter le tamponnement.

Il faut se rappeler que dans certains cas exceptionnels, « la grossesse ectopique peut évoluer silencieusement jusqu'à terme sans déterminer le moindre accident ni le moindre trouble fonctionnel » (Pinard).

D'après A.-H. Pilliet², les hémorragies qui proviennent de la rupture des vaisseaux de la caduque doivent être distinguées de celles qui, vers la même époque et sous les mêmes influences (poussées de règles, fatigues sexuelles) prennent naissance au niveau du placenta tubaire décollé. Ces dernières, qui contiennent des villosités placentaires, sont formées par de véritables caillots noirs et épais. La distinction entre ces deux variétés d'hémorragie est d'autant plus délicate qu'elles sont souvent simultanées.

Les *signes physiques* de la grossesse extra-utérine varient suivant l'époque à laquelle la femme est examinée: dès que le kyste fœtal est suffisamment développé pour être perceptible par le palper, on sent une tumeur située à droite ou à gauche de la ligne médiane, irrégulière, peu mobile, et à côté de laquelle se trouve une autre tumeur plus régulière, et présentant des contractions, c'est l'utérus hypertrophié.

¹ PINARD. *Semaine médicale*, 10 janvier 1894.

² *Annales de gynécologie*, octobre 1895.

Lorsque le produit de conception est plus développé, il peut être perçu très facilement, soit que les membres du fœtus soient accessibles, soit qu'on perçoive le ballotement. Tantôt le fœtus est pour ainsi dire à fleur de peau; d'autres fois, si la paroi kystique est épaisse, le fœtus est peu accessible. Lorsque le fœtus a succombé, alors qu'il avait un certain développement, la crépitation osseuse fournie par les os de la tête est un signe qui met sur la voie du diagnostic.

L'*auscultation* donne des résultats différents suivant l'époque de la grossesse à laquelle elle est pratiquée: tantôt on n'entend qu'un bruit de souffle, tantôt on perçoit les battements du cœur fœtal; plus tard, lorsque le fœtus a succombé, l'auscultation sert jusqu'à un certain point à reconnaître si la circulation persiste dans le placenta.

Le *toucher* permet de constater un léger degré de ramollissement du col, dans certains cas l'existence de la tumeur fœtale. Le ramollissement du col, qui est constant « pendant toute la durée de la grossesse, n'est jamais aussi accusé, aussi complet que dans la grossesse utérine, de sorte que la consistance du col tranchera toujours sur celle des parties ambiantes. Le ramollissement disparaît environ un mois après la mort du fœtus (Pinard). » C'est surtout à l'aide du toucher et du palper combinés qu'on apprécie nettement les deux tumeurs constituées par l'utérus et par le kyste fœtal, ainsi que les rapports réciproques de ces deux tumeurs. Tantôt (c'est le cas le plus fréquent) l'utérus est placé en avant de la tumeur fœtale; le col de l'utérus peut être reporté si haut derrière la symphyse pubienne que le toucher avec un ou deux doigts n'est pas suffisant; il faut introduire toute la main dans le vagin pour pouvoir atteindre le col avec un doigt et pour pouvoir en apprécier les caractères. Tantôt l'utérus est refoulé en arrière; il peut être déjeté à droite ou à gauche suivant le siège qu'occupe la tumeur voisine. Enfin le kyste et l'utérus peuvent faire corps ensemble.

« Le kyste fœtal, dit Pinard¹, plonge plus ou moins dans l'excavation sous forme de tumeur tantôt régulière comme le segment inférieur de l'utérus, tantôt irrégulière et de consistance inégale. L'engagement, la forme, la consistance de cette tumeur qui remplit plus ou moins l'excavation sont en rapport avec la variété de grossesse ectopique ainsi qu'avec l'attitude du fœtus et le lieu d'insertion du placenta. Vous n'oublierez donc pas que, si dans certains cas le doigt rencontre, profondément engagée, une tumeur lisse, régulière, recouverte d'une paroi mince permettant de sentir au travers les caractères de la région fœtale (sutures ou petites parties), quelquefois aussi la tumeur est moins engagée, présente des parois irrégulières, d'inégale consistance et dont l'épaisseur est telle que le doigt, même en déprimant fortement, ne peut arriver à percevoir nettement aucune partie fœtale. Presque toujours, dans ce cas, le placenta, en totalité ou en partie, se trouve dans le petit bassin; constatation importante au point de vue du choix de l'intervention. »

La *rupture du kyste fœtal* est une complication sérieuse de la grossesse extra-utérine: elle se manifeste par des symptômes généralement alarmants.

¹ *Semaine médicale*, 10 janvier 1894.

La femme éprouve tout d'un coup une douleur vive dans l'abdomen, cette douleur s'accompagne d'irradiations multiples. La face devient pâle; le pouls est petit, fréquent, puis filiforme, les extrémités se refroidissent. La femme perd connaissance ou bien elle a des tendances syncopales; elle présente en un mot tous les signes généraux d'une hémorrhagie interne. Bientôt surviennent le hoquet, les nausées, les vomissements. Quelquefois la mort arrive rapidement; d'autres fois les accidents persistent et s'aggravent dans les jours qui suivent. L'exploration de l'abdomen est particulièrement douloureuse: la moindre pression réveille des douleurs; on peut parfois se rendre compte qu'il n'y a plus de tumeur, et que du liquide est épanché dans le péritoine. Parfois la femme ne succombe qu'au bout d'un certain temps, par suite de l'anémie due aux hémorrhagies successives ou par suite des poussées de péritonite. Du reste, cette complication a une issue très variable suivant l'époque de la grossesse à laquelle elle se produit.

Lorsqu'elle a lieu dans les premières semaines de la grossesse, l'hémorrhagie est plus ou moins abondante: il se forme une hématocele plus ou moins volumineuse, dans laquelle la plupart du temps on ne retrouve pas de traces du fœtus (L. Tait); d'autres fois le fœtus est projeté dans la cavité abdominale, le placenta reste en place et la grossesse continue à évoluer.

Pendant la seconde période de la grossesse extra-utérine, la *rupture du kyste* donne lieu à une hémorrhagie qui peut être foudroyante. Lorsque l'hémorrhagie n'est pas très abondante, une péritonite subaiguë éclate, mais elle n'est pas fatalement mortelle lorsque le fœtus est vivant. Lorsque au contraire la rupture survient dans un kyste contenant un fœtus mort et putréfié, la péritonite est presque toujours fatale. Dans la troisième période, lorsque la femme a ressenti les phénomènes du faux travail, la rupture est plus rare, l'hémorrhagie généralement moins abondante et la péritonite moins accusée. A une époque avancée de la grossesse, le kyste fœtal peut se rompre sans production d'hémorrhagie ni de péritonite; il existe une tolérance des intestins mis en contact avec un fœtus à nu dans la cavité abdominale (Pinard).

Le toucher rectal est quelquefois utile pour apprécier l'utérus refoulé en arrière par la tumeur.

Il est bon de s'assurer que l'utérus, bien qu'augmenté de volume, ne contient pas de produit de conception. Le cathétérisme utérin, pratiqué avec toutes les précautions d'usage, permet d'apprécier la capacité ou mieux la hauteur de l'utérus. Ce procédé ne donne pas une sécurité complète au point de vue de la vacuité utérine; Tarnier lui préfère le cathétérisme digital, le *toucher intra-utérin*; ce procédé est certainement précieux, dans les cas où il y a intérêt majeur à poser le diagnostic d'une manière précise: il n'est pas toujours praticable (Pinard). On est alors obligé de se contenter du cathétérisme instrumental qu'il faut pratiquer avec douceur et méthode.

Ces différentes explorations, à moins de contre-indication formelle, doivent être pratiquées, la femme étant soumise à l'anesthésie chloroformique; c'est là une précaution qui rend l'examen beaucoup plus facile et qui diminue les dangers d'une rupture du kyste.

Marche et terminaisons. — La marche de la grossesse extra-utérine est très variable suivant que la paroi kystique extensible se développe en même temps que le fœtus, ou suivant que le kyste se rompt, suivant enfin que le fœtus meurt ou qu'il continue à se développer jusqu'à terme.

FAUX TRAVAIL. — Lorsque la grossesse extra-utérine arrive près du terme, on voit survenir une série de phénomènes rappelant ceux de l'accouchement normal et à l'ensemble desquels on donne le nom de *faux travail*.

Ce *faux travail* est caractérisé surtout par des douleurs abdominales intermittentes, s'accompagnant d'un suintement sanguinolent, quelquefois d'une véritable hémorrhagie. Le col s'entr'ouvre légèrement, mais ne s'efface pas.

Si l'on vient à appliquer la main sur la tumeur fœtale au moment de la douleur, on ne perçoit pas de contraction: le plus habituellement les phénomènes douloureux du faux travail sont dus à des contractions de l'utérus.

Au bout de quelques heures le fœtus succombe: ses mouvements, après avoir été rapides, convulsifs, disparaissent; la femme éprouve quelquefois à ce moment des douleurs assez vives. Généralement ces phénomènes de faux travail ne se reproduisent pas: dans certains cas, lorsque la rétention du fœtus mort se prolonge, ils peuvent se renouveler pendant plusieurs mois. Dans des faits exceptionnels, le fœtus a été expulsé à ce moment par le vagin, le rectum et même par l'utérus.

Diagnostic. — Il présente des difficultés variables suivant l'époque de la grossesse à laquelle on examine la femme, suivant que le fœtus est vivant ou mort.

a. *Pendant la première moitié de la grossesse*, il est impossible d'affirmer qu'il s'agit d'une grossesse ectopique, puisqu'il n'existe aucun signe de certitude de grossesse. Le diagnostic présente ici des difficultés d'autant plus grandes que la grossesse est anormale; cependant, s'il n'est point permis au clinicien d'affirmer l'existence de la grossesse extra-utérine, il lui est possible d'en soupçonner fortement l'existence, à tel point que ce diagnostic de probabilité suffira pour autoriser une intervention chirurgicale.

C'est en se basant sur les commémoratifs, sur les troubles divers qui ont forcé la malade à consulter, sur la présence de cette tumeur juxta-utérine qui se développe notablement en même temps que l'utérus augmente un peu de volume, sur l'expulsion de la caduque, etc., qu'on arrive, après des examens répétés, à affirmer d'une manière presque certaine qu'il y a grossesse ectopique; cette affirmation ne doit jamais être formelle, même lorsque le toucher intra-utérin a fait constater la vacuité de l'utérus.

Pendant cette première période, toute tumeur de voisinage de l'utérus peut être facilement prise pour une grossesse extra-utérine; on peut confondre celle-ci avec un kyste ou une tumeur fibro-kystique de l'ovaire, avec un phlegmon péri-utérin ou un abcès de la cavité de Retzius, avec une tumeur salpingienne, etc. Le diagnostic se fait surtout parce que, dans ces différentes affections, il n'y a pas de phénomènes sympathiques de la grossesse ou de phénomènes de ramollissement et d'hypertrophie du côté de l'utérus; le diagnostic est surtout à faire à cette période:

1° Avec les tumeurs *salpingiennes* et en particulier avec l'*hémato-salpinx*. L'absence de phénomènes infectieux antérieurs, l'absence de fièvre seront en faveur de la grossesse extra-utérine; mais il faut bien dire que le diagnostic est parfois impossible, puisque dans certains cas l'hémato-salpinx, par exemple, n'est autre chose qu'une grossesse extra-utérine.

Pichevin a rapporté au Congrès de Bruxelles (1894) une observation dans laquelle, chez une femme ayant une suspension de règles, on fit le diagnostic de grossesse tubaire: il s'agissait, en réalité, d'un kyste tubo-ovarique enveloppé dans sa moitié inférieure par un kyste péri-ovarique. Gottschalk a de même opéré une femme chez laquelle il croyait à une grossesse extra-utérine: la tumeur qu'il avait prise pour un kyste fœtal était un kyste folliculaire sanguin de l'ovaire, qui était en train de se transformer en kyste du corps jaune. Gottschalk pense qu'on peut éviter l'erreur en recherchant avec soin un symptôme qui existe dans la grossesse extra-utérine, tant que l'œuf continue à vivre et à se développer, les pulsations du cul-de-sac vaginal qui seraient toujours plus marquées du côté où siège l'œuf ectopie.

2° Avec l'*hématocèle rétro-utérine*, qui se reconnaît aux phénomènes douloureux et hémorragiques, à la perception, dans le cul-de-sac postérieur, d'une tumeur plus ou moins dépressible, plus ou moins fluctuante. Le diagnostic est ici d'autant plus délicat que nombre d'hématocèles ne sont constituées que par des épanchements sanguins résultant de la rupture d'une grossesse extra-utérine.

G. Bantock¹ a cherché à distinguer d'une manière positive l'hémato-salpinx simple primitif de la grossesse tubaire: dans le premier cas, la suppression des règles est momentanée et la menstruation redevient normale; il existe des crises paroxystiques de douleurs s'accompagnant d'une hémorragie vaginale de quantité variable. Dans la grossesse tubaire il y aurait suppression complète de la menstruation pendant plus de deux mois; un écoulement vaginal, peu abondant, non douloureux, se fait pendant 3 ou 4 jours; puis, brusquement, survient une crise douloureuse très forte, suivie de collapsus plus ou moins long; enfin Bantock signale la fièvre qui apparaît plusieurs jours après la rupture et y attache une certaine valeur au point de vue du diagnostic.

3° Avec la *réversion de l'utérus gravide*. On retrouve dans les deux cas les phénomènes sympathiques de la grossesse, les symptômes douloureux, la compression des réservoirs voisins, et même la difficulté pour atteindre le col de l'utérus; il n'est pas jusqu'au cathétérisme qui ne puisse faciliter l'erreur en faisant croire à tort que la cavité utérine est vide. Il faut souvent avoir recours à l'examen manuel sous le chloroforme, qui éclaire singulièrement le diagnostic; on ne trouve pas dans la réversion deux tumeurs voisines; de plus la rénitence de l'utérus diffère de la fluctuation du kyste fœtal; enfin le diagnostic s'impose lorsqu'on arrive à réduire cette réversion utérine.

4° Dans certains cas le diagnostic est à faire avec l'*avortement*: on est

¹ *Hæmatosalpinx and tubal pregnancy contrasted* (The British. med. J., février 1895, p. 490).

appelé auprès d'une femme qui, ayant présenté des signes plus ou moins manifestes de grossesse depuis quelques semaines, est prise de douleurs, d'hémorragies; on constate ou non la présence dans les caillots d'une caduque; l'utérus est volumineux: le col, un peu ramolli, est entr'ouvert: on pense que la femme a fait un avortement. Un examen plus attentif permet cependant de reconnaître au voisinage de l'utérus une tumeur plus ou moins volumineuse, peu mobile; on sera surtout édifié si, pratiquant l'examen un peu plus tard, on constate que cette tumeur a notablement augmenté de volume.

b. *Pendant la seconde période de la grossesse extra-utérine*, le diagnostic devient plus facile, parce qu'on peut affirmer qu'il y a grossesse: un examen rapide peut faire croire à une grossesse utérine normale chez une multipare dont la paroi abdominale est peu épaisse et l'utérus aminci. Outre que la superficialité du fœtus n'est jamais aussi marquée dans la grossesse normale que dans l'ectopique, un examen un peu attentif montre qu'à côté de la poche qui contient le fœtus il existe une tumeur distincte qui n'est autre que l'utérus.

Dans les cas de mort du fœtus, l'erreur peut être commise; on sait en effet que, lorsque cet accident survient au cours d'une grossesse utérine, les sensations fournies par le palper deviennent peu à peu très vagues et qu'un seul signe même peut exister: la crépitation osseuse. C'est en combinant les deux procédés d'exploration, palper et toucher, qu'on arrive à faire un diagnostic exact.

Lorsque la grossesse évolue dans un utérus présentant un arrêt de développement (utérus bicornis, utérus cloisonné, etc.), elle simule la grossesse extra-utérine par les symptômes douloureux et par la constatation d'une petite tumeur accolée à la tumeur en voie de développement; mais ici la portion de l'utérus qui ne contient pas l'œuf fait pour ainsi dire partie constituante de l'autre portion de l'utérus en voie de développement; enfin on peut constater des contractions de la paroi qui recouvre le fœtus.

Cependant Th. A. Reamy a rapporté l'observation d'une femme chez laquelle une grossesse, développée dans une corne d'un utérus bilide, fut prise pour une grossesse extra-utérine.

Nous ne citons que pour mémoire des cas de diagnostic très difficile: grossesse extra-utérine avec hydramnios, grossesse extra-utérine coexistant avec une grossesse utérine, etc.

Lorsque le fœtus mort est retenu depuis un certain temps dans le kyste, le diagnostic rétrospectif devient fort difficile: souvent il n'est fait qu'à l'autopsie ou au cours d'une intervention chirurgicale. Dans certains cas cependant, où le fœtus s'élimine par le rectum ou par une autre voie, les débris du squelette imposent le diagnostic; on ne pourrait guère confondre certaines parties du corps qu'avec les organes qu'on rencontre parfois dans les kystes dermoïdes.

Quant à établir le diagnostic de la variété de grossesse extra-utérine, c'est une chose très difficile, puisque très souvent, même à l'autopsie, il est presque impossible de se prononcer sur la variété anatomique.

Causes — La cause d'une grossesse extra-utérine n'est généralement pas facile à déterminer; quelques-unes, admises autrefois, telles que les émotions morales, une frayeur vive au moment du coït, doivent être rejetées.

D'une manière générale *tout obstacle à la migration de l'ovule de l'ovaire dans l'utérus peut déterminer la production d'une grossesse extra-utérine*. Tantôt l'ovule ne quitte pas la vésicule de de Graaf, soit parce que la solution de continuité de celle-ci n'est pas suffisante, soit parce que l'ovule n'est pas entraîné. Tantôt l'ovule, sorti de l'ovaire, tombe dans le péritoine et devient le point de départ d'une grossesse abdominale proprement dite.

Toute *modification, congénitale ou acquise, dans la disposition anatomique de la trompe* peut empêcher la migration normale de l'ovule fécondé. Tantôt le pavillon de la trompe, dévié par les brides péritonéales, ne s'applique pas bien sur l'ovaire au moment de la ponte ovulaire; tantôt l'œuf, après être entré dans la trompe, en ressort par l'orifice d'un pavillon accessoire. La grossesse ectopique peut reconnaître pour cause une *bifurcation de la trompe* dont l'un des conduits vient s'aboucher au niveau de l'orifice interne du col: l'ovule peut s'arrêter dans ce second conduit; ou bien même il existe une imperforation congénitale de la trompe.

Les *tumeurs de voisinage* (tumeurs abdominales ou tumeurs fibreuses utérines, etc.) peuvent modifier la forme, la direction et même oblitérer le canal de la trompe, de telle sorte que l'ovule ne peut pas pénétrer dans l'utérus et cependant il peut être fécondé soit directement, soit par un spermatozoïde qui chemine du côté opposé.

Virchow, Spiegelberg, A. Martin ont fait jouer dans la production de la grossesse extra-utérine un grand rôle aux *inflammations pelviennes anciennes* qui déplacent le pavillon de la trompe et empêchent l'ovule fécondé d'y pénétrer; dans d'autres cas ces adhérences amènent une inflexion, une coudure de la trompe qui gênent également la migration de l'ovule.

C'est également à l'existence de lésions antérieures que Lawson Tait attribue (*Ectopic gestation and Pelvis hematocoele*, 1880) la production de la grossesse extra-utérine: il croyait que l'ovule est fécondé à l'état normal dans l'utérus et que dans les cas où, par suite d'inflammation, la trompe est dépourvue d'épithélium à cils vibratiles, l'ovule ne peut être transporté dans l'utérus et qu'il est fécondé dans la trompe par un spermatozoïde qui a pu y pénétrer grâce à l'absence des cils vibratiles. En outre la greffe de l'ovule serait facilitée par ce fait que les franges effilées de la trompe sont transformées en bourgeons charnus, épais et vasculaires.

Cette théorie de Lawson Tait est doublement fautive: d'abord les recherches de Bischoff, Wagner, Bang, Coste, Hertwig, ont montré que c'est dans les trompes que normalement se produit la rencontre de l'ovule et du spermatozoïde. Quant à l'influence de la salpingite desquamative sur la production de la grossesse ectopique, elle a été admise par beaucoup de gynécologues; elle tend aujourd'hui à être abandonnée. Bland Sutton fait remarquer que lorsqu'une salpingite est assez grave pour détruire l'épithélium de la trompe, elle cause d'autres altérations qui amènent l'occlusion de l'orifice abdominal. Il est excessivement rare

de trouver des trompes dénudées de leur épithélium avec ostium abdominal ouvert. Dans plusieurs cas de grossesses tubaires très jeunes, il lui a été impossible de trouver aucune trace de salpingite ancienne ou de chute d'épithélium.

A. Martin, qui avait adopté la théorie de la salpingite desquamative, y renonce à la suite d'examens qui lui ont démontré l'absence de la muqueuse tubaire. Veit, Hofmeier, Webster, Feritsch ont fait de nombreuses constatations identiques. John Malcom (*Brit. med. Journ.*, 1896) repousse également la théorie de Lawson Tait et déclare que la grossesse ectopique se produit ordinairement chez des femmes qui ont été toujours ou très longtemps stériles, mais qui souvent n'ont eu aucun signe antérieur de maladie des trompes.

En France, E. Paquy¹, en examinant des trompes gravides, dans lesquelles l'œuf était encore vivant, a démontré que l'œuf se développe dans la trompe sur une muqueuse saine, que ce développement est analogue à celui de la grossesse utérine; ce qu'on a décrit comme lésion de la trompe est le résultat et non la cause de la grossesse ectopique. « De même que, dans l'utérus, il est exceptionnel de voir une muqueuse malade se transformer en caduque (stérilité par endométrite), de même dans la trompe le revêtement épithélial devra nécessairement être parfaitement normal pour que l'œuf puisse s'y greffer et s'y développer. » (A. Martin, *die Krankheiten der Eileiter*, 1895.)

Tainturier (thèse de Paris, 1895) a essayé de provoquer la grossesse tubaire chez des lapins en détruisant l'épithélium. Ses expériences ont été négatives. D'autre part il existe plusieurs cas de grossesses tubaires observées chez des femelles d'animaux. Saint-Cyr en cite quelques observations dans son traité d'Obstétrique vétérinaire, Waldeyer l'a observée chez une femelle de singe primipare; il a constaté de plus chez une femelle de cynocéphale hamadryas, une grossesse extra-utérine tubaire gauche, avec un fœtus de 18 à 19 centimètres de longueur, développé dans la cavité abdominale. Ces faits viennent encore apporter des arguments contre la théorie de la salpingite desquamative.

Dans quelques cas (Karl Abel² a pu réunir 9 observations en 1895), on a observé une seconde grossesse extra-utérine chez une femme qui, quelques années auparavant, en avait déjà présentée une du côté opposé. Olshausen a attiré le premier l'attention sur ces grossesses extra-utérines récidivées. Tantôt les deux grossesses anormales se sont succédées après un temps plus ou moins long; tantôt une grossesse normale, utérine, a eu lieu entre elles. Y a-t-il une raison anatomique à ces doubles grossesses ectopiques? Dans un cas qu'il a observé, Karl Abel a trouvé une anomalie congénitale dans le trajet et la direction de l'oviducte: par suite d'un arrêt de développement, *l'oviducte est resté contourné et tordu*. Aussi conseille-t-il, lorsqu'on opère une grossesse ectopique, d'examiner avec soin la trompe du côté opposé; si on la

¹ Th. Paris, 1897.

² Arch. f. Gynäk., XLIV, 1, 1895.

trouve coudée et spiroïde, il est prudent de l'enlever. On met ainsi la femme à l'abri d'une seconde grossesse extra-utérine.

Dans des cas plus rares, la grossesse extra-utérine résulte d'une solution de continuité de l'utérus, par exemple à la suite d'une opération césarienne, ou bien l'utérus étant enlevé, la fécondation a néanmoins lieu : témoin le fait de grossesse extra-utérine consécutive à une hystérectomie pour corps fibreux (Kœberlé). Quand une fistule persiste après l'ablation de l'utérus alors que les ovaires ont été conservés, on pourra observer cette variété de grossesse extra-utérine. P. Wandeler¹ a ainsi publié une observation dans laquelle une grossesse tubaire serait survenue sept ans après une hystérectomie vaginale.

Pronostic. — Ce n'est que dans des cas tout à fait exceptionnels de grossesse ectopique qu'on peut extraire par la laparotomie un fœtus vivant et viable.

Orillard² a réuni 61 observations dans lesquelles le fœtus a été extrait vivant ; sur ces 61 enfants, il a trouvé :

27 enfants vivants : 17 sans renseignements ultérieurs ; 10 avec des renseignements ultérieurs.

26 morts rapidement : 22 en moins de vingt-quatre heures ; 5 en moins de quarante-huit heures.

8 morts à une époque éloignée : 2 de mauvaise alimentation ; 1 d'affaiblissement (?) ; 1 de phlébite de la veine ombilicale ; 1 d'entérite ; 2 de convulsions ; 1 d'abcès et d'athrepsie.

« Sur les 61 observations, dit M. Orillard, on note plusieurs fois de légères asymétries du crâne, comme on en trouve chez les enfants utérins nés après un long travail, déformations sans conséquence et sans aucune influence sur leur viabilité (William, Rein, Marchand, Guéniot). Deux fois ces déformations crâniennes ont été importantes. » Quant aux malformations, 6 enfants en étaient atteints : 3 seulement avaient des malformations incompatibles avec la vie ; des autres, 2 ont vu disparaître leurs déformations par la croissance ; 1 conserva la rétraction du sterno-mastoïdien (Frommel).

Pinard compare les déformations observées chez ces enfants à celles qui existent quelquefois « chez les enfants des primipares ayant peu de liquide amniotique et des parois utérines très résistantes ; ces déformations siègent sur les pieds, faux pieds bots, quand l'enfant se présente par le sommet, ou bien sur les côtés de la face, quand l'enfant se présente par le siège. Ces déformations, résultat de pressions pendant la période de développement, disparaissent assez rapidement ».

Lorsque les enfants naissent vivants, ils se développent normalement : « Quand un fœtus ectopique, dit Harris, est bien développé et qu'une fois enlevé il a vécu plus d'un mois, il n'y a aucune raison pour qu'il ne continue pas à vivre, si ce n'est le fait qu'il est trop souvent sans mère et souvent négligé. » Lawson Tait cite trois enfants qu'il a sauvés par la laparotomie dans des grossesses extra-utérines : 1^o une fille de huit ans, très intelligente

¹ *Monatssch. f. Geburt. u. Gynækol.* (base. suppl., 1895).

² De l'intervention chirurgicale dans la grossesse extra-utérine lorsque l'enfant est viable. *Thèse de Paris*, 1894.

et d'une beauté peu commune ; 2^o une seconde fille, très belle enfant ; 3^o un garçon qu'il espère prendre comme successeur et comme fils adoptif.

Dans quelques cas, le fœtus naît vivant mais succombe peu de temps après la naissance, soit parce qu'il n'est pas assez développé, soit parce qu'il a souffert avant l'opération. Dans un cas, A. Martin (de Rouen) a extrait par laparotomie un enfant pesant 5 050 grammes, bien conformé, qui n'a vécu que 5/4 d'heure. La femme¹, auprès de laquelle A. Martin avait été appelé tardivement, était dans un état grave par suite de l'insuffisance nutritive et succomba 46 heures après l'opération.

Le pronostic pour la mère est moins grave que pour le fœtus et devient surtout moins grave, maintenant qu'on diagnostique mieux cette anomalie de la grossesse.

La statistique de Parry indique que 556 fois sur 500 cas la femme a succombé, soit une mortalité de 67,2 pour 100.

Pinard avait observé, jusqu'en 1892, 58 cas de grossesse extra-utérine : 11 femmes étaient dans la première période ; 8 sont mortes d'hémorragies graves dues à la rupture du kyste ; 5 guérirent : chez deux d'entre elles, le fœtus, étant mort, ne fut pas résorbé et s'élimina peu à peu par la vessie et l'intestin. Chez la troisième, le fœtus mourut vers le quatrième mois et s'enkysta définitivement.

Trois femmes présentaient une grossesse extra-utérine à la deuxième période : elles moururent toutes les trois de rupture du kyste.

Enfin 24 femmes étaient arrivées à la troisième période : 15 moururent d'accidents divers, 11 guérirent. Sur ces 24 femmes, toutes celles qui furent abandonnées à elles-mêmes moururent. Des 14 femmes qui furent opérées, 5 le furent dans des conditions désespérées et moururent. Parmi les 11 femmes qui guérirent, 8 furent opérées par laparotomie, 2 par élytrotomie ; chez la onzième, Pinard dut extraire le fœtus par le rectum après avoir pratiqué une céphalotripsie.

Traitement. — Les progrès réalisés par la chirurgie abdominale permettent aujourd'hui de simplifier cette question de thérapeutique et de scinder son étude en deux parties : *A. Une partie historique* comprenant une série de moyens plus ou moins efficaces, mais toujours aveugles dans leur action, *B. Une partie moderne* qui comprend les différents procédés d'intervention (laparotomie, élytrotomie) indiqués suivant l'âge du kyste, suivant sa disposition anatomique, suivant l'état de vie ou de mort du fœtus.

A. Partie historique. — La plupart des moyens employés ont pour but d'arrêter le cours de la grossesse en cherchant à tuer le fœtus d'une manière plus ou moins directe. Citons : la *cure de faim* par l'abstinence et les purgatifs (Ritgen), les *saignées* abondantes et répétées (Cazeaux), l'emploi de la strychnine à dose légèrement toxique pour la mère (R. Barnes), les injections hypodermiques d'ergotine, les frictions mercurielles, l'administration de l'iodure de potassium (Sclaise), la compression de la tumeur avec des petits sacs de sable (Malin), etc.

¹ *Normandie médicale*, 15 avril 1895, n° 8.