

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

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

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

## ARTICLE V

## PRONOSTIC

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

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

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

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

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

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



## ARTICLE V

## TRAITEMENT DE L'AVORTEMENT

Le traitement de l'avortement consiste à le prévenir, à favoriser l'expulsion du produit de la conception, quand il est inévitable, et à remédier aux accidents qui peuvent le compliquer.

1° *Moyens préventifs.* — Lorsque l'avortement dépend d'une mauvaise constitution de la femme, ou d'une lésion des organes génitaux, c'est surtout dans l'intervalle des grossesses qu'il faut s'occuper à combattre et à détruire cette fâcheuse prédisposition. Je n'ai rien à dire ici des moyens de modifier les vices généraux de la constitution. Ils varient nécessairement suivant la nature de la maladie. Il est surtout important de se rappeler l'influence fâcheuse que peut avoir, sur la vie du produit, la syphilis dont le père et la mère sont infectés : on doit s'empresse de les soumettre à un traitement mercuriel.

Quand plusieurs avortements ont été la conséquence d'un déplacement de l'utérus, il faut y remédier par les moyens appropriés : dès le commencement de la grossesse, la femme doit éviter toute fatigue, tout effort violent ; il est bon même qu'elle reste couchée jusqu'au moment où l'utérus s'élève au-dessus du détroit supérieur. Nous savons ce qu'il faut penser de l'influence que Desormeaux attribuait à la prétendue rigidité, à l'excès de sensibilité et de contractilité de la fibre utérine, ainsi qu'à la faiblesse et à la laxité trop grande des fibres du col. Tout en interprétant autrement l'action de ces causes, nous pensons, comme lui, que les bains, les saignées générales, les opiacés en lavements, un régime de vie adoucissant, sont les moyens les plus propres à modérer cette excessive irritabilité de l'organe, et que le régime fortifiant et tonique, aidé des ferrugineux, des bains froids, des eaux minérales ferrugineuses, sera très-utilement employé dans les cas où la faiblesse générale de la femme aura paru avoir quelque influence sur les avortements antérieurs.

Les femmes pléthoriques, abondamment réglées, qui ont eu déjà plusieurs avortements survenus aux époques de la menstruation, tous précédés des symptômes de pléthore générale et locale, tous suivis de pertes plus ou moins abondantes, devront être soumises, avant la fécondation, à un régime peu succulent ; pendant leur grossesse, elles devront éviter toute secousse morale et physique ; elles devront rester couchées huit, dix et même douze jours au retour de chaque époque. Elles devront être saignées plusieurs fois dans les premiers mois de la grossesse, et particulièrement dans les jours qui précèdent le retour de l'époque des règles <sup>(1)</sup>. Elles doivent, plus particulièrement encore que les autres femmes

(1) Le médecin rencontre souvent dans les personnes du monde une très-vive résistance quand il propose de pratiquer une saignée préventive dès les premiers mois de la grossesse. Si surtout un accident arrivait peu de temps après l'emploi de ce moyen, on ne manquerait pas de le lui reprocher. Ce n'est pas une raison cependant pour ne pas agir

enceintes, renoncer à l'usage des corsets lacés, qui, indépendamment de la gêne qu'ils apportent dans le développement des seins, gênent plus ou moins la circulation abdominale et thoracique, s'opposent au retour facile du sang, et peuvent dès lors favoriser la congestion des organes inférieurs.

Les femmes faibles, cachectiques, détériorées par des maladies antécédentes ; celles dont les tissus sont mous, la circulation languissante, ou qui, habituellement mal réglées, sont affectées de leucorrhée chronique, sont souvent, pendant leurs grossesses, prises d'hémorrhagies qui finissent par les faire avorter. Chez elles, la face est pâle, le pouls mou, petit, la langue blanche, les digestions pénibles, les intestins paresseux, les extrémités froides. Le moindre exercice les fatigue, quelquefois même épuise leurs forces, et souvent cette fatigue s'accompagne de pesanteur, de tiraillements douloureux dans les reins et dans les aines ; pour peu qu'elles soient restées longtemps debout, il leur semble que la matrice a besoin d'être soutenue et qu'elle est sur le point de s'échapper par le vagin ou le rectum. Même dès les premiers temps de la grossesse, elles ressentent comme un poids dans le petit bassin, pressant toujours davantage sur le point le plus déclive. Le meilleur moyen de prévenir un pareil accident, c'est de leur prescrire un régime tonique, des préparations ferrugineuses et amères. On a conseillé la poudre de cannelle ; Sauter a vanté d'une manière toute particulière l'emploi de la sabine en poudre. Chez des femmes grosses qui avaient déjà éprouvé plusieurs fausses couches, il est parvenu à corriger cette fâcheuse prédisposition en leur faisant prendre, trois fois par jour, un gramme de poudre de sabine, et cela pendant trois ou quatre mois ; il a, par ce moyen, arrêté des pertes, prévenu des fausses couches, et plusieurs femmes ont dû à l'emploi de ce précieux moyen des enfants nés à terme. M. White, de Manchester, a particulièrement préconisé les bains froids, surtout les bains de mer, souvent répétés, soit avant, soit pendant la grossesse.

C'est donc dans le souvenir des avortements précédents que le médecin doit chercher les indications qui doivent le diriger dans le choix des moyens préventifs : aussi est-il très-important de s'informer de toutes les circonstances qui les ont accompagnés.

Les femmes sont très-souvent constipées pendant la grossesse, et, par l'irritation qu'elle détermine, cette constipation devient souvent la cause d'avortements périodiques. Il faut la prévenir en donnant des lavements simples avec addition d'une ou de deux cuillerées d'huile de lin, pris régulièrement tous les deux jours, deux semaines avant l'époque où l'avortement a eu lieu la dernière fois, et deux semaines après.

Mais, quelle que soit la cause prédisposante dont l'influence s'est fait sentir dans les grossesses antérieures, il est une précaution très-importante, et dont la négligence pourrait rendre inutiles toutes les autres. Dans tous les cas où les

suivant ses convictions, et pour céder dans le cas où il la croit réellement utile ; or, l'expérience a démontré que c'était, dans les cas dont nous parlons, un des meilleurs moyens préventifs.



avortements se sont répétés plusieurs fois, il est indispensable de laisser reposer l'organe, et de recommander au mari de laisser passer six à huit mois, et même un an, sans que sa femme devienne enceinte.

Lorsque l'avortement s'est reproduit déjà plusieurs fois dans les précédentes grossesses, il est toujours indispensable, si la femme devient enceinte de nouveau, qu'elle cesse complètement ses rapports avec son mari; on doit évidemment soustraire l'utérus à toutes les causes d'irritation.

Si, dans des avortements précédents, le fœtus est venu mort, et que cette mort ait été causée par quelque lésion de l'œuf, il est à peu près impossible de reconnaître et par conséquent de prévenir une pareille altération.

Il n'en est pas tout à fait de même lorsque les avortements antérieurs ont été attribués à des épanchements utéro-placentaires ou intra-placentaires. Ceux-ci sont presque toujours la conséquence d'une congestion utérine assez violente pour déterminer une rupture vasculaire. Dans une nouvelle grossesse, il serait possible d'éviter de semblables accidents. Seulement nous rappellerons que ces congestions locales peuvent se rencontrer chez des femmes pléthoriques, mais aussi chez des femmes chlorotiques; que si par conséquent, chez toutes, les révulsifs placés à la partie supérieure du tronc ou sur les membres thoraciques ont des avantages marqués, les saignées du bras pratiquées au retour des époques menstruelles sont très-utiles chez les premières, tandis que les autres se trouveront bien de l'emploi préventif des ferrugineux administrés dès le début de la gestation.

Dans certaines circonstances malheureuses la nature semble se rire de tous les efforts de l'art, et l'avortement se reproduit. Il ne faut pas se désespérer si la femme devient enceinte de nouveau, car l'expérience prouve que, malgré un grand nombre d'avortements antérieurs, une grossesse nouvelle a pu parvenir jusqu'au terme normal. Le docteur Young (Rigby, 91) raconte dans ses leçons l'histoire d'une malheureuse dame qui, après avoir eu treize avortements successifs, devint enceinte pour la quatorzième fois, et n'en accoucha pas moins heureusement d'un enfant vivant et à terme.

Malgré toutes ces précautions, il arrive quelquefois que la grossesse menace de se terminer par un avortement. Sous l'influence de la cause la plus légère, les femmes sont prises tout à coup de petits frissons, de douleurs dans le bas-ventre, dans les reins, etc.; les contractions utérines se manifestent; les parties sexuelles s'humectent, quelquefois même le col s'entr'ouvre. Il ne faut pas, malgré tous ces symptômes, perdre l'espoir d'enrayer les accidents. Si la femme est robuste, que le pouls soit plein, fréquent, surtout si le développement de ces accidents a été précédé de quelques phénomènes de pléthore, il faut immédiatement pratiquer une saignée du bras, faire coucher la malade aussi horizontalement que possible, et lui administrer immédiatement les opiacés. Le laudanum de Sydenham sera donné à la dose de dix, vingt, quarante et même soixante gouttes dans de petits quarts de lavement à une heure ou deux d'intervalle, jusqu'à cessation de contractions. Ce moyen, dont nous avons déjà parlé, est un des plus efficaces en pareil cas. Il nous a suffi à lui seul pour arrêter un travail

dont la terminaison paraissait inévitable, et pour permettre à la grossesse de continuer son cours. Je ne puis m'empêcher de citer le fait suivant: Une femme, enceinte de trois mois et demi, après une violente discussion avec son mari, fut prise de douleurs dans le ventre et dans les reins. Le lendemain, ces douleurs augmentèrent, et un peu de sérosité sanguinolente s'écoula par les organes génitaux. Le surlendemain, les douleurs continuant et la perte ayant un peu augmenté, la malade se rendit à pied à la Clinique. A son entrée, les contractions utérines étaient très-manifestes: les douleurs étaient vives et se renouvelaient toutes les huit ou dix minutes; du sang pur s'écoulait par la vulve; le col était dilaté de manière à *permettre très-facilement au doigt d'arriver jusque sur les membranes à nu*. Soixante gouttes de laudanum furent données en trois fois, à trois quarts d'heure d'intervalle, et au bout de ce temps les douleurs avaient cessé, tout était rentré dans l'ordre, et la grossesse a continué son cours. Je pourrais multiplier à l'infini de pareilles citations, mais cette observation suffit pour prouver que, quelque inévitable que paraisse l'avortement, il ne faut pas renoncer à l'espoir de le prévenir.

L'administration de l'opium aux doses indiquées, et même portées jusqu'à soixante gouttes dans les vingt-quatre heures, n'a jamais été suivie d'accidents sérieux. Quelquefois un peu de somnolence et de pesanteur de tête et d'engourdissement général en est la conséquence, mais quelques verres de limonade suffisent pour dissiper tout cela. Après tout, lors même que la mort du fœtus aurait été la cause ou l'effet des premiers accidents, que risque-t-on en calmant, en arrêtant les contractions utérines? Nous avons déjà vu que le fœtus mort peut prolonger son séjour au milieu des membranes intactes, sans qu'il en résulte aucune conséquence fâcheuse pour la mère. Or, comme il est presque impossible, avant le cinquième mois, de pouvoir constater d'une manière certaine la mort du fœtus, il faut agir, dans ces cas douteux, comme s'il était vivant. Sans doute, le fœtus mort, il vaudrait mieux laisser les contractions se développer et son expulsion se faire; mais les contractions suspendues, cette expulsion est retardée, et voilà tout. Au bout d'un certain temps, le fœtus, devenu corps étranger dans la cavité utérine, irritera ses parois, et un nouveau travail se manifestera.

A la saignée, aux opiacés, il faut joindre le séjour au lit, le repos absolu de l'esprit et du corps, l'usage de boissons adoucissantes, la limonade froide, l'eau de veau, l'eau de poulet, et l'application souvent renouvelée de compresses froides sur le ventre, compresses que l'on trempe dans un liquide dont on abaisse progressivement la température. « Les saignées locales, dit M. Gendrin, sont beaucoup trop négligées, surtout dans le traitement des hémorragies utéro-placentaires; nous avons eu si souvent à nous applaudir de les avoir conseillées dans ces cas, que nous les prescrivons avec une grande confiance, toutes les fois que l'état général n'indique pas directement les saignées déplétives. Nous les conseillons, dit-il: 1° lorsqu'il y a des douleurs vives dans l'utérus, les aînes, et nous les appliquons aux aînes, à l'anus et même à la vulve; 2° dans les cas de turgescence considérable des tumeurs hémorrhoidales; 3° dans les phlegmasies des organes voisins, tels que le gros intestin, etc. » Nous partageons, dans



les deux derniers cas, l'opinion de M. Gendrin; mais, dans le premier, nous aimerions mieux avoir recours à la saignée générale, ou, comme il le conseille lui-même un peu plus bas, à l'application des sangsues sur un point éloigné de l'utérus; ainsi, sur les côtés des mamelles, les aisselles, etc.

Nous ajouterons enfin, aux moyens déjà conseillés, les révulsifs irritants placés sur la partie supérieure du tronc et les extrémités thoraciques, en recommandant d'une manière toute spéciale l'application des ventouses sèches, dont nous avons eu plusieurs fois l'occasion de constater l'heureuse influence dans les cas où la pléthore utérine semblait être la cause des accidents, et où cependant l'état général obligeait à user avec ménagement de la saignée.

2° L'abondance de l'hémorrhagie, l'intensité des douleurs et de tous les autres phénomènes, surtout la rupture des membranes, rendent l'avortement désormais inévitable. Il ne s'agit plus que de faciliter l'expulsion du produit de la conception. Dans les trois premiers mois de la grossesse, si l'hémorrhagie n'est pas de nature à compromettre la vie de la femme, le médecin doit rester simple spectateur des efforts de la nature et se borner à surveiller. L'expulsion de l'œuf doit être complètement abandonnée aux efforts utérins. Quelquefois il sort entier, et c'est une circonstance très-favorable. Aussi faut-il bien se garder, suivant la recommandation de Baudelocque, de rompre les membranes, car ce serait le moyen de retarder la délivrance et de la rendre plus dangereuse. Celle-ci, en effet, quand le fœtus est sorti seul, peut présenter des difficultés que nous avons exposées dans l'un des articles précédents.

Nous devons rappeler ici la lenteur avec laquelle, dans certains cas, s'opère l'expulsion de l'œuf, même alors que l'orifice suffisamment dilaté ne s'oppose nullement à sa sortie. Le peu d'énergie de la contractilité utérine explique suffisamment cette lenteur excessive. Lorsque aucun accident ne vient compliquer l'avortement, l'homme de l'art n'a rien à faire qu'à surveiller la marche du travail et attendre la complète délivrance des efforts utérins.

A une époque un peu plus avancée, vers le cinquième ou le sixième mois, la conduite du médecin ressemble beaucoup à celle qu'il doit tenir dans l'accouchement. Le volume déjà considérable du fœtus rend nécessaire une dilatation plus grande du col; et pourtant celle-ci, grâce au ramollissement plus avancé du col, est peut-être un peu moins lente à s'accomplir. Le plus souvent il est nécessaire que le fœtus s'offre au col de l'utérus par une des extrémités de son grand diamètre; cependant il arrive quelquefois que le fœtus se présente par un des points de sa partie moyenne, et que son expulsion n'en est ni guère plus difficile ni beaucoup plus lente. C'est dans ces cas surtout qu'il est fréquent d'observer le mécanisme de l'évolution spontanée. La délivrance ne présente pas habituellement les difficultés qu'elle offre dans les premiers mois: elle ressemble beaucoup à la délivrance de l'accouchement à terme.

L'hémorrhagie est non-seulement l'un des symptômes habituels de l'avortement, mais elle peut suivre et devenir l'un des accidents les plus redoutables. Lorsque, malgré l'emploi des moyens généraux, tels que la position horizontale, les boissons froides, l'application des réfrigérants sur le bas-ventre, sur les

cuisses, l'administration des opiacés, l'écoulement de sang continue avec assez d'abondance pour compromettre la vie de la mère, l'avortement est désormais inévitable, et le but de l'accoucheur doit être de solliciter les contractions et l'évacuation de l'organe. C'est alors aussi qu'il faut employer les excitants généraux pour soutenir les forces de la femme, et en même temps les médicaments qui paraissent avoir une action immédiate sur l'utérus, la teinture de canelle, etc., mais surtout le seigle ergoté. Quand l'avortement survient à une époque peu avancée de la grossesse, ces moyens sont le plus souvent sans efficacité, et l'on parvient très-difficilement à activer les contractions dans un viscère dont l'organisation musculaire est encore si peu avancée, ou du moins les contractions sont souvent infructueuses pour donner au col une dilatation suffisante. Il ne reste plus alors que l'application du tampon. Celui-ci, lorsqu'il est bien appliqué, agit de deux manières: 1° en s'opposant à l'écoulement extérieur du sang, en le forçant à se coaguler et à oblitérer par conséquent les vaisseaux qui le fournissent; 2° en irritant par son contact l'utérus, et en déterminant ainsi sa rétraction et l'expulsion du produit de la conception. C'est même là un des reproches les mieux fondés qu'on ait faits à l'application du tampon dans les premiers mois de la grossesse. Mais, en vérité, n'est-ce pas plutôt un avantage qu'un inconvénient; car la cessation de la perte est toujours la conséquence nécessaire de ces contractions utérines? et la vie de la mère est-elle achetée trop cher quand elle est due à l'expulsion d'un fœtus qui, le plus souvent, était mort avant même l'application du tampon? D'ailleurs, le tamponnement n'est pas toujours suivi de l'avortement. D'un autre côté, on n'a pas à craindre, avant le sixième mois, que le tampon convertisse une hémorrhagie externe en hémorrhagie interne; car, malgré l'observation de Chevalier, l'accumulation, dans l'utérus, d'une très-grande quantité de sang, paraît à cette époque impossible, à moins de supposer un relâchement anormal de ses parois. Si toutefois la grossesse était au cinquième mois, l'accoucheur devrait, après l'application du tampon, surveiller avec beaucoup de soin le corps de l'utérus, et s'assurer à chaque instant que son volume n'augmente pas.

Nous décrirons plus tard (voy. *Opérations*) la manière dont on applique le tampon, mais il faut bien se rappeler que l'application de ce moyen est presque toujours suivie de l'avortement, et qu'il ne faut y avoir recours que lorsque celui-ci paraît inévitable.

Lorsque l'œuf est encore intact, que le travail se prolonge trop longtemps, et que la continuité de l'écoulement devient sérieusement inquiétante, quelques praticiens préfèrent au tampon la rupture artificielle des membranes. Ce moyen, sur lequel je reviendrai en parlant de l'hémorrhagie des trois derniers mois de la grossesse, ne me paraît applicable, avant le sixième mois, que dans des cas très-exceptionnels, et je crois qu'en général il faut lui préférer le tampon. En effet, la rupture des membranes est nécessairement suivie de l'avortement; le tampon appliqué assez tôt laisse quelque espoir de voir la grossesse continuer jusqu'à terme. Le tampon arrête toujours l'hémorrhagie, tandis qu'il peut arriver qu'après la rupture des membranes, l'utérus, dont les fibres musculaires



n'ont pas encore acquis l'énergie de contraction qu'elles auront plus tard, ne revienne pas sur lui-même, que l'hémorrhagie ne s'arrête pas, et que le tampon soit encore nécessaire. Ajoutons enfin que, dans les trois premiers mois, la rupture des membranes est presque immédiatement suivie de l'écoulement des eaux et de la sortie du fœtus, mais que l'expulsion du placenta et des membranes en est rendue ensuite beaucoup plus difficile.

Lorsque l'œuf est complètement expulsé, la femme est soumise aux mêmes précautions qu'après l'accouchement ordinaire.

## CHAPITRE VI

### DE LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

Ainsi que nous l'avons déjà indiqué, c'est quelquefois dans l'ovaire que s'opère la fécondation. L'ovule fécondé est pris par le pavillon de la trompe, qui vient, par une contraction spasmodique sans doute, s'appliquer sur l'ovaire. Arrivé dans le canal tubaire, l'ovule en parcourt toute l'étendue, et tombe dans la cavité utérine, où il continue de se développer : c'est là ce qui a lieu dans la *bonne grossesse*, la *grossesse utérine* ; mais il peut arriver que l'ovule soit arrêté ou dévié dans le chemin qu'il parcourt ainsi, et que, se greffant, pour ainsi dire, sur le point où il est arrêté, il s'y développe : alors la grossesse est dite *mauvaise grossesse*, *grossesse extra-utérine*.

Cette espèce de grossesse a été divisée en plusieurs variétés, qui ont reçu différents noms, suivant le point du trajet où l'œuf s'était fixé. Dezeimeris avait admis les espèces suivantes : 1° grossesse ovarique ; 2° grossesse sous-péritonéo-pelviennne ; 3° grossesse tubo-ovarique ; 4° grossesse tubo-abdominale ; 5° grossesse tubaire ; 6° grossesse tubo-utérine interstitielle ; 7° grossesse utéro-interstitielle ; 8° grossesse utéro-tubaire ; 9° grossesse utéro-tubo-abdominale ; 10° grossesse abdominale.

Telle était la division qui, au point de vue de l'anatomie pathologique, avait été adoptée dans les six premières éditions de ce livre. Nous croyons aujourd'hui qu'il y a quelque avantage à simplifier cette classification, et nous décrirons seulement cinq variétés de grossesse extra-utérine :

- 1° Grossesse abdominale ;
- 2° Grossesse tubo-abdominale ;
- 3° Grossesse tubaire ;
- 4° Grossesse tubo-utérine interstitielle ;
- 5° Grossesse utéro-tubaire.

1° *Grossesse abdominale*. — Pour que la fécondation soit possible, le contact immédiat entre le sperme et l'ovule est nécessaire. Il faut par conséquent que la vésicule de de Graaf soit rompue et s'ouvre dans la cavité abdominale, dont elle

fait momentanément partie. Mais si l'ovule fécondé, au lieu de s'engager dans la trompe, reste dans l'ovisac qui vient de se rompre, est arrêté à la surface de l'ovaire ou tombe dans la cavité péritonéale, son développement donne lieu à une grossesse extra-utérine que nous désignerons sous le nom collectif de *grossesse abdominale*. Nous y distinguerons trois variétés : dans la première l'ovule fécondé est encore contenu dans l'ovisac qui vient de se déchirer et il s'y développe sur place ; dans ce cas la grossesse est dite *ovarique interne*. Dans une seconde variété, l'ovule fécondé, sorti de la vésicule de de Graaf, reste adhérent à la surface de l'ovaire, où il se développe ; cette grossesse est appelée *ovarique externe*. Enfin si l'ovule abandonne l'ovaire pour se greffer sur une partie quelconque du péritoine, la grossesse reçoit le nom de *péritonéale*.

La *grossesse ovarique interne* est celle dans laquelle l'œuf s'est développé dans l'ovaire même. Cette variété a donné lieu à de nombreuses discussions scientifiques, car pendant longtemps on avait admis que l'ovule pouvait être fécondé sans déchirure préalable de la vésicule de de Graaf. Parmi les observations qui plaident en faveur de cette hypothèse, il faut citer celle qui est rapportée par Bœhmer. Cet auteur décrit, en effet, avec beaucoup de soin et la membrane propre de l'ovaire et son enveloppe péritonéale. Mais c'est avec raison que M. Velpeau fait observer qu'il est souvent très-difficile de préciser au juste le point de départ de la tumeur ; aussi nous admettons avec lui que, dans cette espèce de grossesse, il y a toujours eu déchirure de l'ovisac. Si la petite plaie qui en résulte n'est pas évidente au moment de la dissection, c'est qu'elle a été masquée par le travail de la cicatrisation et la production d'une membrane de nouvelle formation.

La *grossesse ovarique externe* ne peut être mise en doute. Dans cette variété, relativement assez fréquente, l'œuf fécondé conserve des rapports intimes avec l'ovaire sur lequel il reste appliqué, tout en se développant dans la cavité abdominale.

La *grossesse péritonéale*, longtemps contestée, est aujourd'hui établie par un si grand nombre de faits observés soit chez la femme, soit sur les animaux, qu'il est impossible d'en nier la possibilité. Sans doute on a souvent confondu avec elle des grossesses ovariques ou autres ; mais il est incontestable que, dans plusieurs des observations publiées, l'œuf n'avait aucun rapport avec les organes génitaux internes. M. Dezeimeris a distingué cette grossesse en *primitive* et en *secondaire*. Dans celle-là le produit de la conception n'a jamais eu d'autre domicile que la cavité péritonéale dans laquelle il est tombé en quittant la vésicule ovarienne ; dans celle-ci, au contraire, l'ovule s'était d'abord développé dans l'ovaire, la trompe, les parois de l'utérus, mais plus tard l'excès de distension ou l'altération pathologique des parois de la tumeur en ont détruit la continuité, et l'œuf, chassé en totalité ou en partie du kyste qui le contenait, a pris domicile dans la cavité abdominale, où on le trouve. La grossesse abdominale secondaire de M. Dezeimeris n'est donc autre chose qu'une grossesse tubaire interstitielle, qui s'est terminée par rupture du kyste primitif ; que cette rupture survienne à une époque peu avancée ou seulement au terme régulier de la gestation, elle ne