

Au bout d'une huitaine, toute la peau est d'un rose brun, ardoisée à la face et au pourtour de l'ombilic. L'épiderme s'enlève facilement, sauf à la face et sur le crâne. Le crâne s'affaisse; l'intestin est flasque; les poumons sont violacés.

Au douzième jour, le fœtus tout entier s'affale, l'épiderme s'enlève partout, même à la face, mais pas au niveau du crâne. Le foie est violacé. Le cristallin a perdu sa transparence, il est rosé.

Au quinzième jour, l'épiderme est enlevé ou tombe avec la plus grande facilité, sauf au niveau du cuir chevelu. La sclérotique est rose. En plus, toutes les autres altérations sont aggravées.

Du quarantième au soixantième jour, la dénudation épidermique est générale, même au niveau du cuir chevelu. En différents points du corps on voit des couches gélatineuses dues à des infiltrations de sérosité.

#### Œuf ouvert et aseptique.

Il faut pour cela que l'ouverture soit récente ou bien que l'on ait veillé à son asepticité; ordinairement il devient rapidement septique.

#### Œuf ouvert et septique — Fœtus putréfié.

On l'observe quand il y a eu communication de l'œuf avec l'extérieur, après rupture des membranes. Le travail de décomposition marche avec une rapidité très grande.

Cette communication peut se faire après ou avant la mort du fœtus, et dans le premier cas la marche de la décomposition est plus rapide que dans le second.

Tous les tissus sont infiltrés de gaz, et de ce fait les différentes parties du corps peuvent atteindre des dimensions énormes; la peau est livide, verdâtre; l'épiderme s'enlève avec la plus grande facilité.

#### Traitement.

A. L'œuf est intact et aseptique. — On ne doit rien tenter pour amener l'expulsion; on l'attend.

B. L'œuf est ouvert mais aseptique. — Il faut encore attendre, mais veiller avec un soin scrupuleux à l'antiseptie vaginale. Lavages antiseptiques deux fois par jour, suivis de l'oblitération du canal vaginal par de la gaze iodoformée, et un matelas de ouate.

C. L'œuf est ouvert et septique. — On tâchera de provoquer le travail rapidement, on fera des lavages vaginaux fréquents.

Quand le fœtus est mort, que le fait arrive vite ou qu'il tarde, l'œuf est expulsé avant terme, et il y a ou avortement ou accouchement prématuré.

## CHAPITRE V

### AVORTEMENT

#### ÉTUDE GÉNÉRALE DE L'AVORTEMENT

On donne le nom d'avortement à l'expulsion de l'œuf avant que le fœtus ne soit viable, c'est-à-dire anatomiquement organisé et physiologiquement préparé à la vie extra-utérine. Selon la loi, un enfant est viable à partir du sixième mois; c'est une limite anatomique et un peu théorique. Les accoucheurs reculent la limite minimum de la viabilité à la vingt-huitième semaine; on tient compte ainsi non seulement de l'organisation anatomique mais encore de l'adaptation physiologique; c'est une limite clinique et pratique.

On voit qu'il y a un écart notable entre les deux limites, légale et clinique: actuellement, à l'aide des couveuses artificielles, on est pourtant arrivé à rapprocher beaucoup la limite clinique de la viabilité de la limite légale.

Après le sixième mois, on dit légalement qu'il y a non pas avortement, mais accouchement prématuré.

L'avortement est pathologique ou provoqué; dans ce dernier cas, il peut être provoqué par le médecin dans un but thérapeutique, ou il l'a été par des mains criminelles.

Nous ne nous occuperons ici que de l'avortement pathologique, dit encore avortement spontané.

**Fréquence.** — L'avortement pathologique est très fréquent; on l'observe environ dans 1/6<sup>e</sup> des cas de grossesse et la moyenne est probablement beaucoup plus élevée, car nombre d'avortements passent inaperçus; en effet, un très grand nombre de retards ne sont que des avortements ovulaires.

**Epoques de l'avortement et classification.** — Quand l'avortement survient :

Du premier au vingtième jour, il est dit : *ovulaire*.

Du vingtième jour au troisième mois, il est dit : *embryonnaire*.

Du troisième au sixième mois, il est dit : *fœtal*.

L'avortement comprend deux actes :

1<sup>o</sup> L'expulsion de l'œuf;

2<sup>o</sup> L'expulsion de la caduque.

Les causes de l'avortement peuvent être dues :

A. A l'œuf (annexes et fœtus).

B. A l'utérus.

**Causes inhérentes à l'œuf.** — Ce sont toutes les maladies des annexes, de la caduque (endométrite), du chorion (hydropisie des villosités choriales), de l'amnios (hydramnios), du placenta (apoplexies, tumeurs, sclérose, insertion vicieuse, décollements placentaires).

La mort du produit de la conception est le plus souvent la conséquence des affections des annexes; mais elle survient aussi, nous l'avons vu, directement. Le fœtus mort joue le rôle de corps étranger et détermine, au bout d'un temps variable, l'apparition des contractions utérines et l'expulsion de l'œuf. On a observé pourtant quelques exceptions à cette règle.

La distension trop rapide et exagérée de l'utérus dans le cas de grossesse gémellaire, d'hydramnios est une cause d'avortement.

**Causes inhérentes à l'utérus.** — La cause première de la mise en action de l'utérus peut être extra-utérine, mais elle provoque du côté de l'utérus des conditions physiolo-

giques anormales. Aussi diviserons-nous ces causes en :

a) *Causes d'ordre dynamique* ou fonctionnelles (dont l'origine première est extra-utérine).

b) *Causes d'ordre anatomique*, exclusivement utérines.

a) Les causes d'ordre dynamique sont les plus nombreuses.

1<sup>o</sup> *Les traumatismes de l'utérus* (coups, chutes, trépidation des véhicules, interventions dans la zone génitale, irritations directes du col);

2<sup>o</sup> *Les troubles de la circulation utérine*, amenés par les émotions, les rapports conjugaux, les excitations sexuelles d'ordre psychique, les congestions actives qui surviennent à l'époque où d'ordinaire se produisent les règles, ou les congestions par stase, soit par la station debout, la fatigue, soit par gêne de la circulation du bassin;

3<sup>o</sup> *Troubles déterminés par la qualité du sang* qui irrigue l'utérus : sang chargé d'oxyde de carbone ou d'acide carbonique ou bien insuffisamment oxygéné (théâtres, soirées, air des cuisines); sang de l'intoxication saturnine, nicotique, alcoolique; d'intoxication médicamenteuse, sulfate de quinine, salicylate de soude, ergot de seigle, rue, sabine; sang des albuminuriques, des ictériques. Sang des infections déjà énumérées à propos des maladies de la grossesse : rougeole, scarlatine, fièvres typhoïde, intermittente, pneumonie, etc., etc. Mais dans ces derniers cas la cause de l'avortement est double : il y a action du sang maternel sur l'utérus, et comme le plus souvent le fœtus est mort, action du contenu sur le contenant. Quelle est la part exacte qui revient à chacun de ces deux facteurs? la mort du fœtus précède-t-elle toujours l'avortement?... Il est probable que c'est à la mort du fœtus qu'est due surtout la provocation du travail.

b) *Causes anatomiques.* — Les *malformations* utérines : utérus double, bicorne, unicorne; les *affections* utérines, déviations utérines, corps fibreux de l'utérus, adhérences péri-utérines.

Toutes ces causes empêchent le développement régulier de l'utérus et du produit de la conception, d'où défaut d'accommodation et excitation utérine.

c) *Susceptibilité individuelle.* — Il est cependant un très grand nombre d'avortements dont la raison intime nous échappe, et on ne sait souvent pas pourquoi une femme ne peut conduire à bout sa grossesse. Il y a des *susceptibilités* individuelles — peut-être transmissibles par hérédité — très variables. Telle femme avorte pour une chandelle fumeuse, comme dit Pajot, telle autre peut subir les traumatismes les plus effroyables sans avorter.

**Symptômes.** — Parfois l'avortement se fait brusquement, alors que rien ne le faisait prévoir. Les femmes, tout d'un coup, accusent un état de malaise spécial, à tendance syncopale, puis surviennent des contractions utérines et l'avortement se produit. Et si l'on interroge ces femmes, on constate assez fréquemment qu'elles ont déjà eu un avortement à la *même époque* d'une grossesse antérieure, ou que l'on se trouve à une des périodes correspondant à celle des règles (Jacquemier).

Mais le plus souvent il y a des symptômes **avant-coureurs**; *symptômes maternels et symptômes fœtaux.*

Avant le quatrième mois on a seulement des *symptômes maternels*: le ventre devient moins gros et flasque, le col se ramollit, il s'entr'ouvre *sans douleurs* et on peut même, en y pénétrant, sentir les membranes flétries. Enfin du côté des seins il se fait une montée de colostrum, liquide analogue à de la sérosité.

Ce dernier signe est très important.

Plus tard, vers le cinquième mois, il est plus facile de prévoir un avortement d'après certains signes *observés du côté du fœtus*: on ne sent plus de mouvements actifs, on n'entend plus les battements du cœur.

Les symptômes de l'**avortement lui-même** varient suivant l'*âge* de l'avortement.

#### Avortement ovulaire.

L'avortement ovulaire *consiste* en une *hémorragie*. La femme est frappée par l'*abondance* de cette hémorragie, qu'elle appelle une perte, et par la présence de *caillots*.

Les contractions utérines sont peu perceptibles, et peu douloureuses.

Le produit de la conception représenté par un petit sac membraneux passe en général inaperçu.

L'avortement ovulaire comprend *deux* temps accompagnés chacun d'une hémorragie.

**Premier temps.** — Détachement et expulsion de l'œuf (première hémorragie).

**Deuxième temps.** — Expulsion de la caduque (deuxième hémorragie).

Il n'y a pas à proprement parler de délivrance dans l'avortement ovulaire.

Cet avortement est souvent méconnu; les femmes ne se doutant pas qu'elles étaient enceintes ne peuvent croire qu'elles avortent; aussi ne se soignent-elles pas, et consécutivement surviennent des endométrites rebelles.

Il en résulte que malgré sa bénignité apparente l'avortement ovulaire, a un pronostic sérieux et doit être soigneusement *recherché* et traité.

#### Avortement embryonnaire.

Dans l'avortement embryonnaire, pour que l'œuf se détache, il faut qu'un caillot sépare le chorion de la caduque, ce qui implique un travail long et pénible.

Aussi a-t-on dès le début une hémorragie, non pas rapide, facile, comme l'hémorragie menstruelle ou la perte de l'hémorragie ovulaire, mais une hémorragie *lente*, qui se prolonge, accompagnée de contractions et de douleurs utérines.

Puis le contenu est expulsé. Cette expulsion se fait d'une façon différente suivant que l'avortement embryonnaire a lieu pendant le deuxième ou pendant le troisième mois.

*Pendant le deuxième mois.* — Après une série de contractions la femme rend un petit sac membraneux dans lequel on trouve l'embryon: tout l'œuf est expulsé *d'un bloc*.

Mais il n'en est pas toujours ainsi et il arrive que l'avortement se fait au deuxième mois comme il se produit dans le troisième.

Au troisième mois, l'œuf est trop gros, pour passer *tout entier et intact* par le col. Quand on touche, on trouve l'œuf au niveau de l'orifice interne, ramolli, prêt à passer.

Les membranes finissent par se rompre et le fœtus est expulsé, tenant encore au placenta par son cordon; mais ordinairement le placenta ne vient pas à la suite du fœtus.

Il arrive parfois que l'expulsion de l'embryon se fait sans qu'on s'en aperçoive.

Il y a donc deux temps principaux :

- 1° Expulsion du fœtus, } qui peuvent se confondre.  
2° Expulsion du placenta, }

et même un 3° dans lequel se fait l'expulsion d'une partie de la caduque restée adhérente.

Les deux premiers temps, quand il ne se confondent pas, se suivent ordinairement de très près, de sorte qu'il n'y a pour ainsi dire pas de second accouchement pour l'arrière-faix.

#### Avortement fœtal.

L'avortement fœtal est un véritable accouchement en petit. Le travail se déclare, le col s'efface et s'ouvre, la poche des eaux se rompt, le fœtus est expulsé. La durée de l'accouchement fœtal varie entre quinze minutes et deux heures; l'accouchement de l'arrière-faix survient ensuite.

Dans l'accouchement fœtal il y a une *vraie délivrance*. Mais il importe ici de faire une remarque capitale, tandis que la sortie de l'embryon, étant donné son petit volume, n'offre aucune difficulté, il n'en est pas de même de l'arrière-faix. Contrairement à ce qui s'observe dans l'accouchement ordinaire, dans l'avortement fœtal, **la sortie du fœtus n'est rien, la sortie de l'arrière-faix est tout.**

Assez fréquemment cette expulsion de l'arrière-faix tarde : il y a *rétenion placentaire*. Cette *rétenion* est due, non pas à l'absence de contractions utérines, mais à l'absence de conditions mécaniques capables de dilater le col.

Le fœtus étant tout petit, la dilatation du col nécessaire à son passage est minime et le canal cervical se referme vite. Or, à cet âge de la grossesse, le placenta est beaucoup

*plus gros* que le fœtus et il a grand-peine à passer par l'orifice qui a suffi à l'expulsion du premier.

Cette rétenion placentaire peut se terminer spontanément. Autrefois on l'expliquait par l'absorption placentaire, ou par la transformation du placenta en môle ou en polype : ces explications n'ont aucune valeur.

Le placenta disparaît évacué, sans que la femme s'en aperçoive, petit à petit, morceau par morceau, dans les écoulements utéro-vaginaux; dans d'autres cas, il est expulsé d'un bloc lorsqu'elle va à la garde-robe, ou bien il passe inaperçu dans les caillots qu'elle rend.

Mais la terminaison n'est pas toujours aussi bénigne.

La rétenion placentaire est une menace d'hémorragies longues, persistantes, parfois sinon foudroyantes, du moins assez souvent rapidement très graves.

En second lieu, le placenta mort (puisqu'il n'est plus greffé sur l'utérus) est un terrain de culture éminemment favorable à la pullulation des bactéries septiques : la rétenion placentaire expose à la septicémie puerpérale et c'est là l'origine d'un grand nombre de cas de mort succédant aux avortements criminels.

**La rétenion placentaire, voilà la caractéristique de l'avortement fœtal.**

**Exception.** — Lorsque le fœtus est mort et macéré, on voit quelquefois l'expulsion en bloc de tout l'œuf, fœtus et annexes.

**Pronostic.** — L'avortement en lui-même ne présenterait pas pour la mère de gravité particulière, s'il était ordinairement bien soigné : mais la négligence, — soit par ignorance du fait (avortement ovulaire), soit par insouciance, le peu d'importance parfois de l'acte le faisant négliger, soit enfin par suite des circonstances spéciales où il se produit — (avortement criminel dont la dissimulation empêche tout soin) — en aggrave le pronostic.

D'une façon générale, un avortement est d'autant plus sérieux dans ses conséquences possibles qu'il est plus âgé; moins grave au début de la grossesse, où l'expulsion se produit en un temps, il l'est davantage à partir du troisième mois.

Le pronostic est *immédiat* — *consécutif* — *tardif*.

Le pronostic *immédiat* est en rapport avec les hémorragies, plus abondantes dans l'avortement embryonnaire et fœtal que dans l'avortement ovulaire.

Le pronostic *consécutif* est sous la dépendance de la rétention placentaire et de ses deux accidents : les hémorragies et la septicémie.

Le pronostic *consécutif* varie suivant la complication de l'avortement et la façon dont il a été soigné ; la plupart des métrites sont des suites d'avortement.

**Diagnostic.** — Le diagnostic est complexe.

1° *Y a-t-il eu avortement ?*

En présence d'une femme qui a des pertes et qui éprouve des douleurs abdominales et pelviennes, on doit s'assurer si la femme ne présente pas les signes de présomption ou de probabilité d'une grossesse.

Chez une femme *irrégulièrement* réglée, la non apparition des règles peut n'être qu'un retard ou une simple intermittence ; le fait est plus extraordinaire, mais peut s'observer chez une femme très bien réglée.

Dans la dysménorrhée, lorsque, ce qui est assez fréquent, il y a rétrécissement du col, ou même parfois sans cela, le sang s'évacue lentement, par suintement, et il n'est pas rare d'observer dans le sang qui s'écoule de petits caillots dont l'expulsion provoque des douleurs ; on y trouve aussi des débris de membrane, des *peaux*, comme disent les femmes.

Mais l'on peut enfin être appelé à faire le diagnostic *avant* l'écoulement de sang ou *avant* l'expulsion de quoi que ce soit. Une femme, à la suite d'un coup, d'une émotion, ou, sans raison appréciable, est prise de faiblesse, tombe en syncope..... il peut s'agir d'un avortement, mais aussi d'une hématocele péri-utérine.

Rendu attentif sur la confusion possible, le médecin cherchera les signes de présomption d'une grossesse ; on pratiquera le toucher et on pourra trouver le corps du délit dans le vagin ou à l'orifice du col entr'ouvert.

S'il s'agit d'une hématocele, le col est intact et les culs-

de-sac pleins, bombant sous le doigt, lourdement dépressibles.

2° La grossesse est certaine et l'avortement est commencé.

Il faut se poser deux questions :

L'avortement est-il *inévitable* ?

L'avortement est-il *évitable* ?

A. L'**avortement est inévitable** dans les trois cas suivants :

a) *Perte de sang abondante et persistante*, pouvant durer de quinze à vingt jours. Dans ce cas, il y a décollement placentaire et mort inévitable du fœtus.

b) *Rupture de l'œuf*.

c) *Mort du fœtus*.

Il est *évitable* lorsqu'on se trouve en présence des conditions inverses, *hémorragie peu abondante* — *intégrité de l'œuf* (dont on sent les membranes) — *vie du fœtus*. Dans ces cas, les contractions peuvent cesser, le travail s'interrompre, la grossesse reprendre : il y a *rétrocession du travail*.

**Conduite à tenir.** — *Avant l'avortement.*

Il faut toujours se conduire comme si l'avortement était évitable, et essayer de le prévenir ou de l'arrêter. Il n'y a qu'une exception à cette règle générale de conduite, c'est lorsque l'on a nettement constaté la mort du fœtus ; il est alors, au contraire, indiqué de favoriser l'expulsion.

On peut *prévenir* un avortement possible ou *arrêter* un avortement menaçant.

On *préviendra* l'avortement en tâchant de supprimer la cause ordinaire d'avortement.

Dans le cas de syphilis, on traitera le père, la mère ou les deux suivant les cas ; on combattra les intoxications saturnines, nicotiques, etc. On imposera à la femme une hygiène sévère, surtout lorsqu'elle a un utérus particulièrement susceptible ; on la condamnera au repos étendu, particulièrement pendant les premiers mois ou dans les cas d'avortements habituels, jusqu'à ce qu'elle ait dépassé le moment critique. On supprimera toutes causes de congestion utérine et on veillera tout spécialement à la constipation.

On tâchera d'*arrêter* un avortement menaçant en imposant le repos la tête basse; on agira sur les contractions utérines par les lavements avec XX gouttes de laudanum, deux ou trois dans la journée, ou par des injections de morphine.

**L'avortement est fatal.** — Il y a lieu de distinguer.

Dans l'*avortement ovulaire*, on attendra. On condamnera la femme au repos, et, après lavages, on placera dans le vagin un tampon antiseptique. Injections antiseptiques chaudes.

Jamais de seigle ergoté.

Dans le cas d'*avortement embryonnaire* ou *fœtal*, tout est dans l'expulsion du placenta.

Si le fœtus sort *avec* le placenta : c'est bien.

Sinon, la conduite est la suivante : après avoir attendu une demi-heure en frictionnant l'utérus, aller à la recherche du placenta. C'est la conduite à suivre *immédiatement* si l'on arrive quelque temps après l'avortement. Puis faire dans l'utérus une injection antiseptique chaude, suivant les règles ordinaires.

Si la recherche du placenta avec les doigts ou la main (le col ne se dilatant pas assez) est impossible, pratiquer une injection intra-utérine en poussant la canule le plus loin possible. Cette injection est difficile et doit être prudente; en effet, la canule est arrêtée par la masse placentaire, qu'il faut contourner. Pour agir sûrement, faire mettre la femme en position obstétricale, placer un spéculum et fixer l'utérus par une pince sur le col.

Si rien ne vient, on placera une tige delaminaire dans le col, et on répétera les injections, en ayant soin, après chaque séance infructueuse, de replacer une tige.

Au bout de deux jours, le placenta n'ayant pas été expulsé, la conduite d'élection — même s'il n'y a pas d'accident — c'est le curettage avec une curette mousse. A défaut de cette intervention, continuer les injections intra-utérines (seules permises aux sages-femmes).

S'il survient une hémorragie ou de la septicémie, le

procédé de choix consiste à débarrasser l'utérus par la curette mousse. Un procédé parfois suffisant, c'est de faire des injections chaudes, antiseptiques, à 45 degrés.

Lorsque l'arrière-faix n'a pas été expulsé dans *son entier*, lorsqu'il reste quelques débris, un écouvillonnage avec l'écouvillon de Doléris, rend les plus grands services.

Jamais d'ergot; pas de tamponnement, qui est, le plus souvent, un trompe-l'œil.

Mais le grand précepte est celui-ci, et, bien suivi, il évitera toutes les complications : *Ne pas attendre la rétention et délivrer toujours manuellement ou par curage, ou par écouvillonnage, ou par injections l'utérus qui ne se délivre pas lui-même.*

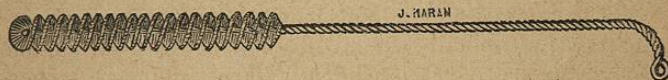


Fig. 66. — Ecouvillon utérin de Doléris.

Quand l'utérus est vidé, il n'y a pas d'hémorragie et il y a bien peu de chances de septicémie.

Le traitement consécutif est des plus importants : séjour dans le décubitus dorsal de huit jours à quinze jours et plus, suivant l'âge de la grossesse et la marche de l'avortement.

## CHAPITRE VI

### ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ

C'est l'accouchement qui se fait du septième au neuvième mois. Il est spontané ou provoqué, et, ceci, soit dans une intention criminelle, soit dans un but thérapeutique.

Nous le décrirons à propos des interventions obstétricales (voir p. 323 et suite).