

une couleur rouge foncé. Ce phénomène est surtout apparent sur l'abdomen, qui est flasque et creux à son centre. Les organes internes sont très-altérés. Le cerveau est diffluent et pulpeux, et les os du crâne lâches sous le cuir chevelu. Le tissu musculaire et les viscères sont dans différents états de transformation, quelques-uns ont subi des modifications graisseuses et contiennent des cristaux de margarine et de cholestérine. L'étendue de ces modifications dépend en grande partie du temps qui s'est écoulé depuis la mort du fœtus; mais elles ne nous permettent pas d'estimer avec exactitude quelle a été la longueur de cette période.

Symptômes et diagnostic de la mort du fœtus.

Les symptômes et le diagnostic de la mort du fœtus peuvent être étudiés ici. Ils ne sont pas, malheureusement, pathognomoniques. La cessation des mouvements fœtaux ne suffit pas pour la faire affirmer, parce qu'ils peuvent ne pas être perçus pendant des jours ou des semaines, alors que l'enfant est vivant et bien portant. Quelquefois cependant, la mort est précédée de mouvements irréguliers et tumultueux, et, chez les femmes qui ont accouché antérieurement de plusieurs enfants morts, cette sensation peut nous guider dans notre diagnostic. Notre soupçon sera confirmé par l'auscultation. Le fait seul que nous ne pouvons, à un moment donné, entendre le cœur du fœtus, ne justifiera pas le diagnostic de sa mort. Si, cependant, le bruit du cœur a été distinctement entendu, et si après un ou deux examens soigneux, répétés à différentes visites, il ne peut de nouveau être saisi, on est autorisé à admettre que l'enfant est probablement mort. On a noté certaines modifications dans la santé de la mère liées à la mort du fœtus, par exemple une dépression morale, une sensation de froid et de pesanteur vers la partie inférieure de l'abdomen, la pâleur de la face, un cercle livide autour des yeux, des frissons irréguliers et un état fébrile, la diminution de volume des seins et de la tumeur abdominale. Mais tous ces signes sont trop vagues pour justifier un diagnostic positif, et parfois ils manquent absolument. Tout au plus peuvent-ils nous faire soupçonner l'accident qui est arrivé.

CHAPITRE X

AVORTEMENT ET TRAVAIL PRÉMATURÉ

L'expulsion prématurée du fœtus est un accident commun. Le nombre d'enfants ainsi détruits est énorme. Il est peu de multipares qui n'aient pas avorté une fois ou l'autre pendant leur vie. Hegar estime qu'il se fait environ un avortement pour huit ou dix accouchements à terme. Whitehead a calculé que, parmi les femmes mariées qui vécurent jusqu'à l'âge critique, 90 pour cent au moins ont avorté. L'influence de cet accident sur la santé future de la mère a aussi une grande importance; certes, il est rarement mortel directement, mais il produit souvent un affaiblissement considérable par la perte profuse de sang qui l'accompagne, et c'est là une des causes les plus fécondes des affections utérines après l'âge critique, peut-être parce que les femmes reçoivent beaucoup moins de soins pendant leur convalescence qu'après l'accouchement à terme, et que l'involution convenable de l'utérus est ainsi plus fréquemment entravée.

Fréquence de l'avortement.

On divise communément l'accident en *avortement*, *fausse couche* et *travail prématuré*: la première dénomination est appliquée à l'expulsion de l'œuf avant la fin du quatrième mois de la gestation; la fausse couche, à son expulsion, de la fin du quatrième mois à la fin du sixième; et le travail prématuré, à son expulsion à partir de la fin du sixième mois jusqu'au terme

Définition.

de la grossesse. Mais c'est là une division arbitraire et confuse, qui n'a aucun résultat pratique. Il suffit d'appliquer le terme de fausse couche ou d'avortement indistinctement à tous les cas dans lesquels la grossesse est terminée avant que le fœtus ne soit viable, et de travail prématuré à ceux dans lesquels il peut survivre. On peut dire qu'il y a peu ou point d'espoir de voir vivre un fœtus avant la vingt-huitième semaine ou le septième mois lunaire ; c'est donc là la limite généralement fixée entre le travail prématuré et l'avortement. La règle toutefois n'est pas sans exceptions, quoiqu'elles soient très-rares. Le Dr Keiller, d'Edimbourg, a rapporté un exemple dans lequel un fœtus naquit vivant au quatrième mois, neuf jours après que la mère eût éprouvé la sensation de ses mouvements. J'ai moi-même vu récemment une dame qui avorta au cinquième mois de sa grossesse, l'enfant étant né vivant et ayant vécu pendant trois heures. On rapporte quelques cas dans lesquels, après un accouchement au sixième mois, l'enfant vécut et s'éleva. La possibilité de la naissance d'un enfant vivant dans de telles circonstances doit être signalée, parce qu'elle peut donner lieu à des questions médico-légales importantes ; mais les exceptions à la règle ordinaire sont si rares qu'elles ne doivent pas modifier la division du sujet généralement admise.

Age auquel le fœtus est viable.

L'avortement est plus commun chez les multipares.

Les multipares avortent beaucoup plus fréquemment que les primipares, contrairement à ce qui est établi dans bien des ouvrages d'obstétrique. Ainsi, Tyler Smith dit « qu'il lui paraît y avoir plus à craindre cet accident dans la première grossesse » ; mais Schröder¹ établit que vingt-trois multipares avortent contre trois primipares ; et le Dr Whitehead, de Manchester, qui a particulièrement étudié le sujet, croit que l'avortement est plus commun après la troisième et la quatrième grossesse, surtout lorsqu'elles ont lieu vers l'époque de la cessation des règles.

Avortements répétés.

Il ne peut y avoir de doute que les femmes qui ont avorté plus d'une fois soient particulièrement exposées au retour de

1. *Manual of Midwifery*, p. 149.

l'accident. Cette prédisposition doit être mise sur le compte de l'existence de quelque cause qui persiste pendant plusieurs grossesses, par exemple une affection syphilitique, une flexion utérine ou un état morbide de la membrane muqueuse de l'utérus. Il est probable, cependant, que chez bien des femmes le retour de l'accident indique une habitude d'avortement, ou peut-être serait-il plus exact de dire un état d'irritabilité particulière de l'utérus, qui rend la continuation de la grossesse très-difficile, indépendamment de toute cause organique appréciable.

La fréquence de l'avortement varie beaucoup aux différentes périodes de la grossesse ; il survient bien plus souvent dans les premiers mois, à cause des rapports moins intimes qui existent alors entre le chorion et la caduque. Tout à fait au début de la grossesse, l'œuf est rejeté si facilement, et il est d'un si petit volume, que l'avortement peut passer inaperçu. Bien souvent, la femme perd pendant une ou deux semaines à la suite de ses règles ; on suppose simplement que ce sont des menstrues plus abondantes qu'à l'ordinaire, et il est probable que c'est un avortement ovulaire. Velpeau découvrit un œuf d'environ quinze jours, qui n'était pas plus gros qu'un pois ; il est donc facile de comprendre qu'un si petit corps puisse passer inaperçu au milieu du sang qui s'échappe avec lui.

Les avortements ovulaires sont souvent méconnus.

Jusqu'à la fin du troisième mois, lorsque l'avortement se fait, l'œuf est généralement rejeté *en masse*, la caduque sortant ensuite par morceaux ou d'une seule pièce. L'avortement est alors comparativement facile. Du troisième au sixième mois, après que le placenta est formé, l'amnios est, en règle générale, rompu dès les premières contractions utérines, et le fœtus est expulsé seul. Le placenta et les membranes peuvent alors être rejetés comme dans un accouchement ordinaire. Mais il arrive souvent, à cause de la solidité des adhérences placentaires à cette période, que le délivre est retenu dans la cavité utérine pendant plus ou moins de temps. C'est là une cause fréquente de dangers pour la femme, qui est exposée surtout à

Avant la fin du 3^e mois, l'œuf est généralement expulsé entier.

L'avortement est surtout dangereux du 3^e au 6^e mois.

une hémorrhagie profuse et à la septicémie. Il en résulte incontestablement que la terminaison prématurée de la grossesse expose la mère à un plus grand péril entre le troisième et le sixième mois, qu'à une époque plus avancée ou plus reculée. Après le sixième mois, la marche des phénomènes n'est pas différente de celle qui accompagne un accouchement normal. Le pronostic pour l'enfant est d'autant plus défavorable que la période qui sépare le travail prématuré du terme de la grossesse est plus grande.

Causes.

Les causes de l'avortement peuvent être divisées en *prédisposantes* et *excitantes*, celles-ci souvent légères, et sans aucun effet sur la production des contractions utérines chez des femmes qui ne seraient pas prédisposées à l'accident par l'existence de l'une ou l'autre des causes de la première catégorie. La prédisposition à l'avortement peut dépendre d'un état qui nuit à la vitalité de l'œuf ou à ses rapports avec les tissus maternels, ou de certaines conditions affectant directement la santé de la mère.

Causes imputables au fœtus.

Une des causes les plus communes de l'avortement est la mort du fœtus, qui amène des modifications secondaires et produit, à la fin, les contractions utérines qui se terminent par son expulsion. Les causes précises de la mort, dans un cas donné, ne peuvent pas toujours être reconnues exactement, parce qu'elles sont quelquefois sous la dépendance de conditions imputables aux tissus maternels, d'autres fois à l'œuf seulement, ou, comme cela peut être, aux deux à la fois. Nous n'avons pas non plus de preuve que la mort de l'œuf provoque immédiatement son expulsion. Le mode selon lequel la mort de l'œuf produit l'avortement n'est pas difficile à comprendre, car elle provoque nécessairement des modifications dans les rapports entre les tissus ovulaires et maternels; et ces changements déterminent des hémorrhagies — en partie externes, en partie internes aux membranes — qui, à leur tour, excitent la contraction utérine. Les extravasations sanguines peuvent se faire en différents points. Une des plus communes se voit dans la

Extravasations sanguines consécutives à la mort du fœtus.

cavité de la caduque, entre la caduque vraie et la caduque réfléchie, ou entre la caduque vraie et les parois utérines. Si l'hémorrhagie est légère, et surtout si elle vient de la portion de la caduque voisine de l'orifice interne, et à une certaine distance de l'œuf, il peut ne pas y avoir de séparation matérielle, et la grossesse continuera. C'est là l'explication de ces cas, dans lesquels on observe une hémorrhagie plus ou moins considérable pendant la grossesse, sans avortement consécutif.

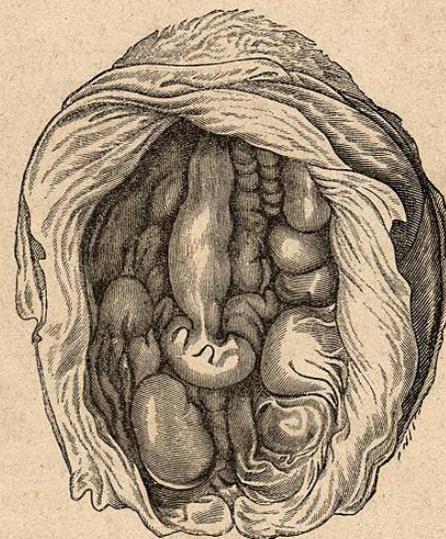


Fig. 89. — Oeuf apoplectique avec épanchement sanguin sous la face fœtale et la muqueuse.

Lorsque la quantité de sang extravasé est très-grande, la séparation et l'avortement en résultent nécessairement, et on trouvera à la surface ou entre les feuillets de la caduque expulsée, des caillots qui se prolongent dans la cavité de l'amnios (fig. 89). Dans d'autres cas, l'hémorrhagie est encore plus étendue, et, après s'être frayé un chemin à travers la caduque réfléchie, elle forme des caillots entre elle et le chorion, et même dans la cavité de l'amnios. Si l'expulsion a lieu peu de temps après que les caillots sont collectés au milieu des membranes, le sang est peu altéré, et nous avons un avortement

Formation de môles.

ordinaire. Mais, si l'œuf est retenu un certain nombre de jours, la fibrine se coagule, et le placenta ou les membranes subissent des modifications secondaires qui conduisent à la formation de môles. Celle qu'on appelle *môle charnue* (fig. 90) est souvent retenue dans l'utérus pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois après la mort du fœtus, et pendant ce temps il peut n'apparaître que des modifications légères des symptômes normaux de la grossesse, trop insignifiantes pour attirer l'at-



Fig. 90. — Oeuf flétri, avec dégénérescence graisseuse de la caduque.

tention; parfois aussi, on observe une hémorrhagie, jusqu'à ce qu'il survienne des contractions utérines, et le contenu de l'utérus est expulsé sous forme de grosse masse charnue, ne présentant que peu de ressemblance avec les produits ordinaires de la conception. Elle est sans doute constituée par un épanchement sanguin qui au moment de l'hémorrhagie originelle n'a pas été suffisant pour effectuer le décollement complet et l'expulsion de l'œuf. Une partie des membranes ou du placenta, si toutefois cet organe est déjà en voie de formation, a conservé ses rapports organiques avec l'utérus, tandis que le fœtus lui-même est mort. La portion adhérente du placenta et

des membranes continue à être nourrie, bien qu'anormalement. Quant au fœtus, il disparaît en général entièrement, surtout s'il est mort à une période voisine du début de la gestation, et il se dissout dans le liquide amniotique; il peut encore être macéré, ridé et avoir un aspect tout à fait méconnaissable. Le sang épanché se décolore par suite de l'absorption des globules, et, selon Scanzoni, il se développe dans la fibrine de nouveaux vaisseaux, qui augmentent les attaches vasculaires de la môle aux parois utérines. Le placenta et les membranes peuvent augmenter d'épaisseur, jusqu'à constituer une masse d'un volume considérable. Un examen microscopique soigneux nous permettra presque toujours de découvrir les villosités du chorion, très-altérées, chargées souvent de molécules granulo-graisseuses, mais suffisamment distinctes pour être facilement reconnaissables.

Quelque importantes que soient les causes d'avortement dues à un état morbide de l'œuf, elles ne le sont pas autant que celles qui dépendent de l'état de la mère, et on doit noter que les premières sont souvent des causes indirectes, nées de modifications maternelles primitives. Beaucoup de ces causes maternelles d'avortement agissent en produisant l'hyperémie de l'utérus, qui conduit à l'extravasation du sang. Ainsi l'avortement peut survenir chez les femmes qui mènent une vie anti-hygiénique, chez celles qui occupent des appartements surchauffés et mal ventilés, chez celles qui se livrent avec excès aux plaisirs et aux fatigues du monde, chez celles qui ont usage de boissons alcooliques, etc. Le coût trop fréquent a été signalé, pour la même raison, comme produisant une remarquable tendance à l'avortement, et Parent-Duchâtelet a observé qu'il est très-commun chez les femmes de mauvaise vie. Plusieurs maladies y prédisposent particulièrement; telles sont les fièvres, les affections zymotiques de toutes sortes, la rougeole, la fièvre scarlatine, la variole, ainsi que les maladies des organes respiratoires, la bronchite et la pneumonie. La syphilis, on le sait, est une des causes les plus fréquentes,

Causes imputables à la mère.

Influence de la syphilis.

et une de celles dont l'action se fait sentir dans les grossesses successives. Elle peut provoquer la terminaison prématurée de toutes les grossesses, jusqu'à ce que la maladie constitutionnelle ait été enrayée par un traitement approprié. L'influence du père se manifeste, dans quelques cas, par la contamination de l'œuf; en dehors de cet effet, il est difficile d'en rapporter d'autres avec certitude à l'état de santé du père. Quelques autres altérations du sang prédisposent aussi à l'avortement. On a observé qu'il accompagne souvent l'empoisonnement par le plomb, ou la présence de gaz délétères dans l'atmosphère, tel qu'un excès d'acide carbonique.

Causes nerveuses.

Quelques causes agissent sur le système nerveux, l'effroi, l'anxiété, les émotions soudaines, etc. Ainsi on rapporte de nombreux exemples dans lesquels des femmes avortèrent aussitôt après la réception d'une mauvaise nouvelle. On a vu aussi des femmes avorter immédiatement avant une exécution. L'influence des irritations propagées à travers le système nerveux à distance, et tendant à produire des contractions utérines et l'avortement par action réflexe, a été spécialement mentionnée par Tyler Smith. Il a fait observer que l'avortement n'est pas rare à la suite de l'irritation que détermine une succion constante, chez les femmes qui deviennent enceintes pendant l'allaitement. L'effet de la succion sur la production de la contraction utérine est certainement bien connu, et l'application de l'enfant au sein, dans ce but, a longtemps été admise comme une méthode de traitement dans les hémorrhagies post-puerpérales. L'irritation du trifacial lorsqu'il existe un mal aux dents violent, des nerfs rénaux dans des cas de gravelle, d'albuminurie, etc., des nerfs intestinaux dans les vomissements excessifs, la diarrhée, la constipation obstinée, les ascariques, etc., tout cela agit de la même façon.

Tendance à l'avortement aux époques menstruelles.

Nous pouvons peut-être expliquer aussi, par cette hypothèse, le fait, dont on peut difficilement douter, que les femmes sont plus aptes à avorter au moment qui correspond à leur époque menstruelle qu'à toute autre période, parce que les nerfs de

l'ovaire seraient alors soumis à une excitation exagérée. Il est probable qu'il peut y avoir aussi à ce moment une congestion plus ou moins active vers la caduque, avec prédisposition à la déchirure de ses capillaires et à l'extravasation du sang. On ne peut guère douter qu'une telle congestion existe dans ces cas exceptionnels, où la menstruation continue pendant une ou plusieurs époques après la conception, le sang s'échappant probablement de l'espace situé entre la caduque vraie et la caduque réfléchie; par conséquent, il n'y a aucune raison pour nier l'existence de cette congestion, même lorsque ces règles anormales n'apparaissent pas.

Certaines causes physiques peuvent produire l'avortement en décollant l'œuf: par exemple, les chutes, les coups, un faux pas dans un escalier ou d'autres accidents analogues. D'un autre côté, les femmes peuvent être soumises à des violences de la forme la plus sévère sans avorter. Il est probable que ces causes, en apparence vulgaires, agissent seulement chez les femmes qui, pour une raison ou pour une autre, sont prédisposées à l'accident. Ceci est démontré par le fait (bien connu de nos jours où la production artificielle de l'avortement est malheureusement loin d'être un événement rare) qu'il n'est pas toujours très-facile de détruire la vitalité du fœtus. Je connais un exemple dans lequel la sonde utérine fut introduite plusieurs fois dans un utérus de femme enceinte sans produire l'avortement, et la grossesse alla jusqu'à terme. Oldham en a relaté un semblable; il essaya en vain de provoquer l'avortement par la sonde dans un rétrécissement du bassin; et Duncan a mentionné un exemple dans lequel un pessaire à tige intra-utérin fut introduit et porté pendant quelque temps par une femme enceinte, à son insu, sans aucun effet fâcheux. Cette difficulté de détruire la grossesse lorsque l'œuf et l'utérus sont dans des conditions normales de santé et de relation explique sans doute les désastreux effets de l'avortement criminel, sur lesquels ont insisté beaucoup de nos confrères américains.

Causes physiques.

Il est quelquefois très-difficile de provoquer l'avortement artificiel.

Les états morbides de l'utérus lui-même ont une grande in-

Causes dépendant d'états morbides de l'utérus.

fluence sur la production de l'avortement. Toute condition qui entrave mécaniquement le développement régulier de l'utérus est apte à agir de cette façon. On peut mentionner les tumeurs fibreuses, les adhérences péritonéales anciennes, qui rendent la matrice plus ou moins fixe ; mais, par-dessus tout, la flexion et le déplacement de l'utérus. La rétroflexion de l'utérus est, incontestablement, un des facteurs les plus puissants dans la production de l'avortement, non seulement à cause de l'irritation que cette situation anormale provoque, mais de la gêne apportée à la circulation utérine, qui amène une hémorrhagie et la mort de l'œuf. Un état inflammatoire de la muqueuse du col et du corps agira de la même façon, s'il survient une grossesse ; mais le plus souvent cet état empêche que la conception ait lieu.

Symptômes.

Un des premiers signes de l'avortement imminent est une hémorrhagie plus ou moins abondante. Elle peut d'abord être légère et durer seulement peu de temps, pour revenir ensuite après un certain intervalle ; ou bien, elle peut débiter par un écoulement subit et profus. Quelquefois elle est très-abondante, et sa persistance et sa quantité constituent un des symptômes les plus graves de l'accident. Après que la perte a duré plus ou moins longtemps, plusieurs jours même, les contractions utérines surviennent, se produisent à intervalles réguliers et persistent ordinairement jusqu'à l'expulsion de l'œuf. Il est plus rare que l'avortement commence par des douleurs, qui amènent la déchirure des vaisseaux et l'hémorrhagie.

L'avortement est difficile à arrêter quand les douleurs et l'hémorrhagie coexistent.

Tant que l'un ou l'autre de ces symptômes existe seul, nous pouvons espérer enrayer l'avortement qui menace ; mais je crois qu'il peut être considéré comme inévitable lorsque ces deux symptômes se présentent simultanément, et il n'y a que fort peu de chance de l'arrêter. Certains symptômes prémonitoires sont regardés par les auteurs comme assez communs dans l'avortement, par exemple un état fébrile, des frissons, une sensation de froid ; mais tous sont obscurs et peu fidèles, et ils manquent certainement beaucoup plus souvent qu'on ne les rencontre.

Si la grossesse est au début, il est probable que l'œuf entier sera expulsé sans trop de peine, et il passe souvent inaperçu au milieu des caillots qui l'enveloppent. Il est donc important que tout ce qui est expulsé soit examiné avec soin. Après le second mois, le col, rigide et non dilaté, présente un obstacle formidable à la sortie de l'œuf, et il peut s'écouler un temps considérable avant qu'une dilatation suffisante lui permette de passer. Elle s'effectue graduellement par la persistance des douleurs, mais non sans perte de sang sérieuse. Il peut arriver que l'amnios soit rompu, et le fœtus expulsé tout d'abord. Après un certain laps de temps, le délivre est aussi rejeté ; mais il s'écoule parfois un délai considérable, plusieurs jours même, avant que ce second stade ne soit effectué ; tant que des débris de membranes sont emprisonnés dans l'utérus, la femme est exposée à des risques sérieux, non seulement par la persistance de l'hémorrhagie, mais aussi par la septicémie. Il ne faut donc jamais considérer la malade comme hors de danger tant que le médecin ne s'est pas assuré par lui-même de l'expulsion complète de tout ce que contenait l'utérus.

Rétention des membranes.

Dans toute menace d'avortement, nous devons essayer d'abord de conjurer l'accident. Si l'hémorrhagie n'a pas été excessive, et si, à l'examen vaginal, qui devra toujours être fait, nous ne trouvons pas de dilatation de l'orifice, nous pouvons espérer réussir. Si, au contraire, l'orifice commence à s'ouvrir, si nous pouvons y introduire le doigt suffisamment pour arriver à l'œuf, et surtout s'il existe des douleurs, nous sommes autorisés à considérer l'avortement comme inévitable, et il est indiqué, alors, de favoriser l'expulsion de l'œuf et de tout terminer aussitôt que possible. Dans le premier cas, le repos le plus absolu est la première chose à prescrire. La femme sera placée dans son lit, peu couverte, exposée à une température fraîche, et soumise à un régime léger et facilement assimilable. On lui interdira tout mouvement, elle ne se lèvera ni pour uriner, ni pour aller à la selle. Pour parer au début des contractions utérines, il n'est pas de médicament plus puis-

Traitement.

Arrêt de l'avortement qui menace.