

4° Cas spéciaux :

- a. Avortement renversé.
- b. Œuf clair.
- c. Môle charnue.
- d. Mort préalable du fœtus.
- e. Anomalies de la délivrance.
- f. Avortement avec grossesse gémellaire.

5° Complications :

- Septicémie.
- Hémorragies.
- Tétanos.

1° PREMIER TRIMESTRE. — *Avortement embryonnaire* (fig. 416 à 418). — Je prendrai comme type de ma description l'avortement qui se fait au milieu ou à la fin du deuxième mois, me réservant de dire quelques mots ensuite de celui des premier et troisième mois.

La femme a eu une suppression de règles et éprouvé divers phénomènes sympathiques ; elle soupçonne sa grossesse, quand surviennent, tantôt une hémorragie génitale simulant un simple retour de règles, tantôt des coliques causées par les contractions douloureuses de l'utérus. Quel que soit le mode de début, *douleur* ou *écoulement sanguin*, les deux symptômes ne tardent pas à se réunir pour continuer ensemble. — L'examen local permet de constater un certain *ramollissement du col utérin*, une *augmentation de volume du corps*, accompagnée d'une *tension des tissus voisins*, due sans doute à la contraction de l'appareil ligamenteux de l'utérus. L'orifice externe du col est tantôt fermé, tantôt ouvert et occupé par l'œuf opérant sa descente dans le vagin. — Cet œuf est, en général, expulsé en bloc et en un seul temps dans l'intérieur du vagin. Il traverse le col en ouvrant successivement l'isthme, le canal cervical, l'orifice externe, mais sans produire, à proprement parler, d'effacement ; il est, pour ainsi dire, laminé le long des parois cervicales légèrement écartées et ouvertes.

Après l'expulsion de l'œuf, soit dans le vagin, soit au dehors, les coliques se calment et l'hémorragie diminue. Pendant quelques jours il se fait un écoulement séro-sanguinolent, puis muqueux, rappelant un peu les lochies, qui succèdent à l'accouchement normal. L'utérus met trois à quatre semaines pour revenir à son volume normal.

En examinant l'œuf ainsi expulsé, on le trouve, s'il est intact, du volume d'un abricot à une pêche. — Il se compose, de la périphérie vers le centre, de la caduque ovulaire¹ recouvrant les villosités chorionales, qu'on aperçoit libres alors qu'accidentellement ou involontairement la caduque a été détachée. Le chorion est vilieux sur toute son étendue, car le placenta n'est pas encore constitué ; les villosités deviennent très nettes, si on plonge l'œuf dans du

¹ La caduque utérine est encore séparée de l'ovulaire, la réunion n'a lieu qu'à la fin du troisième mois ou au commencement du quatrième. La caduque utérine, qui en réalité ne mérite pas encore le nom de caduque, reste en général adhérente à l'utérus et subit sur place des phénomènes de régression ; dans d'autres cas, elle s'exfolie par lambeaux.

liquide. Au-dessous du chorion est l'amnios, contenant le liquide amniotique et l'embryon.

Pendant le *premier mois* de la grossesse, la femme ignore le plus souvent qu'elle est enceinte, quand accidentellement, au moment habituel des règles ou un peu avant, survient une hémorragie génitale qu'on prend pour la menstruation normale, et l'œuf encore très petit est expulsé sans qu'on s'en aperçoive ; son volume variant de celui d'une cerise à celui d'une prune environ (avortement ovulaire de GUILLEMOT). L'œuf *coule* de l'utérus ; c'est, comme on l'a dit, une *effluxion*. Combien d'avortements passent ainsi inaperçus, ou ne sont reconnus que par l'examen fortuit du sang perdu, ou simplement soupçonnés à cause de l'abondance de l'écoulement sanguin !

Durant le *troisième mois* l'avortement ressemble beaucoup à celui du second mois, avec cette différence que l'œuf étant plus gros (orange ou grenade), les phénomènes douloureux ou hémorragiques sont plus marqués. Plus souvent que dans le second mois, l'œuf se rompt, et l'expulsion a lieu en deux ou trois temps, comme nous allons le voir dans le deuxième trimestre, quoique la règle soit l'expulsion en bloc. Même caractère de la superficie ovulaire avec cette différence que les villosités sont prédominantes en une région, celle où se forme le placenta.

2° DEUXIÈME TRIMESTRE. — *Avortement fœtal* (fig. 419 à 427). — Je prendrai également comme type l'avortement qui se fait au milieu de cette période, c'est-à-dire dans le courant du cinquième mois.

La grossesse est devenue très probable, quelquefois même certaine, quand survient un des trois phénomènes suivants, qui marque le début de l'avortement :

- Soit une perte brusque de liquide amniotique ;
- Soit une hémorragie génitale ;
- Soit des coliques utérines avec leurs caractères habituels.

L'hémorragie et la douleur apparaissent bientôt, quand elles n'ont pas été le phénomène initial, et continuent avec une intensité variable jusqu'à ce que l'accident soit terminé ou conjuré.

Le toucher, combiné au palper, permet de constater les caractères propres à l'utérus gravide et de suivre au niveau de l'orifice utérin la sortie de l'œuf, qui s'opère d'habitude de la façon suivante :

- 1^{er} temps. — Sortie du fœtus, dont la présentation ici importe fort peu.
- 2^e temps. — Après un temps variable, sortie des annexes moins la caduque.
- 3^e temps. — Sortie de la caduque en bloc ou par lambeaux.

À cette époque, en effet, les deux caduques ovulaire et utérine viennent de se réunir et adhèrent encore à la paroi utérine, d'où leur détachement difficile.

Il arrive cependant que la caduque est expulsée simultanément avec les annexes et que l'œuf est chassé de l'utérus en deux temps. Toutefois l'expulsion de l'œuf en trois temps, et le non-effacement du col, qui persiste pendant toute la durée de l'expulsion à l'état de canal distinct plus ou moins ouvert, peuvent être considérés comme les deux caractéristiques de l'avor-

tement à cette époque. — Exceptionnellement, l'œuf est expulsé en bloc comme dans le premier trimestre.

La durée totale de l'expulsion, qui se compose en réalité de deux et même de trois avortements, est très variable; elle s'étend de quelques heures à plusieurs jours.

Douleurs et hémorragies cessent après l'évacuation complète de l'utérus, il se fait pendant quelques jours un écoulement lochial; en trois à quatre semaines l'organe gestateur revient à peu près à son volume normal.

Quand on examine le produit de la conception on trouve le fœtus, tantôt mort avec ou sans les caractères de la macération suivant l'époque où il a succombé; tantôt vivant, c'est-à-dire ayant des battements cardiaques nettement perceptibles à la vue, et faisant quelques mouvements de respiration; ces manifestations de vie incomplète ne tardent pas à s'éteindre au bout de quelques minutes. Les annexes sont la miniature de celles qui existent à terme et n'offrent aucun caractère distinctif, qui mérite insistance.

Au 4^e mois, l'avortement diffère peu de celui qui vient d'être décrit, sinon que ses caractères se rapprochent davantage de celui du troisième mois, et que les manifestations de la vie du fœtus sont plus rudimentaires que celles mentionnées à l'instant.

Au 6^e mois, au contraire, l'avortement ressemble davantage à l'expulsion des trois derniers mois et nous y retrouvons une ébauche de l'accouchement prématuré, dont nous allons aborder la description.

3^e TROISIÈME TRIMESTRE. — *Accouchement prématuré* (fig. 428 à 430). — L'accouchement prématuré, quelle que soit l'époque du troisième trimestre de la grossesse où il se produise, est absolument calqué sur l'accouchement à terme et comme lui se fait en deux temps: un premier pour l'expulsion de l'enfant, un second ou délivrance pour celui des annexes. — Les suites de couches sont généralement semblables dans l'un et l'autre cas et de même durée environ.

La description qui précède s'applique aux cas typiques d'expulsion prématurée aux différentes époques de la grossesse. Pour jeter quelque clarté dans ce sujet, j'ai été obligé de schématiser. Il ne faut pas s'attendre à voir, dans la pratique, les choses se passer toujours exactement comme il a été dit; les variations sont nombreuses. Mais le médecin prévenu saura en tenir compte et aussi reconnaître les cas spéciaux, dont il va être question.

4^e CAS SPÉCIAUX.

A. *Avortement renversé*. — Il arrive parfois que le fœtus, au lieu d'être expulsé avant les annexes, ainsi qu'on le voit habituellement, ne l'est qu'après elles; il y a expulsion successive des annexes d'abord et du fœtus ensuite. Mais le cas est très exceptionnel; quand les annexes sont sorties, et que le fœtus ou plutôt l'embryon n'a pas été retrouvé, c'est presque toujours parce qu'il a passé inaperçu au milieu des caillots de sang, ou parce qu'il n'existait pas (œuf clair). — Une autre variété d'anomalie dans la marche de

l'avortement consiste dans l'expulsion préalable d'un lambeau de caduque, qui précède de quelques heures ou de quelques jours la sortie de l'œuf.

B. *Œuf clair*. — Quand l'embryon est mort très jeune, il peut subir dans le liquide amniotique une dissolution complète, de telle sorte qu'à l'ouverture de l'amnios il n'y a qu'un reste de cordon ombilical. Il est possible que, dans certains de ces cas, l'embryon n'ait jamais été formé et que les annexes seules se soient développées. — Quelquefois l'embryon, mort trop tard pour subir la dissolution, a simplement diminué de volume ou est resté stationnaire, de manière à n'être pas plus gros qu'une fourmi par exemple.

C. *Môle charnue*. — Quand des hémorragies successives se sont faites autour de l'œuf pendant son développement, et quand le sang, se mélangeant plus ou moins intimement au tissu ovulaire, a amené la mort de l'œuf, tout le contenu intra-utérin forme une seule et même masse, composée d'un mélange de sang plus ou moins transformé, et dans lequel sont emprisonnés les éléments altérés du produit de la conception. — C'est à cette masse que les anciens ont donné le nom de *môle charnue*, à cause de son analogie avec un *morceau de chair*, dénomination qu'on peut lui conserver, faute de meilleure. (Ne pas confondre avec la môle hydatiforme, voir p. 505.)

D. *Mort préalable du fœtus*. — Il arrive fréquemment que le fœtus (embryon, fœtus ou enfant) succombe dans l'utérus quelque temps avant son expulsion; la mort de l'œuf est, d'ailleurs, en pareil cas, la cause même de l'avortement ou de l'accouchement prématuré. Cette mort se révèle par l'arrêt de développement du ventre, par la disparition des signes de certitude de la grossesse, alors qu'ils existaient, et aussi par la montée de lait qui se fait à ce moment et qui est suivie d'une seconde montée analogue, après la production de l'avortement, comme à la suite d'un accouchement à terme.

Après la mort du fœtus, l'expulsion de l'œuf a lieu le plus souvent pendant les quinze jours consécutifs, mais elle se fait parfois attendre beaucoup plus longtemps pendant un ou plusieurs mois. — Un fœtus, par exemple, mort au troisième ou au quatrième mois de la grossesse, peut n'être expulsé qu'au voisinage de l'époque correspondant au terme normal de la grossesse, ou même après ce terme. D'après MULLER, cette prolongation, comme pour l'enfant vivant, ne pourra dépasser onze mois à partir du coït fécondant (p. 195); mais nous avons vu que la science n'était pas encore fixée à cet égard et que toute conclusion était encore prématurée.

En cas de retard semblable de l'expulsion après la mort de l'œuf, les Anglais disent qu'il y a *missed abortion* ou *labour*, suivant que la mort a eu lieu pendant les six premiers mois ou les trois derniers; expression que nous pouvons traduire par *avortement* ou *travail suspendu*.

Le tableau (fig. 431) rend compte des différentes éventualités possibles après la conception, soit avec un enfant vivant, soit avec un enfant mort.

E. *Anomalies dans la délivrance*. — Avant l'achèvement du développement placentaire on peut observer la rétention plus ou moins complète des enveloppes de l'œuf, qui sont ensuite éliminées par lambeaux. Quand le placenta est distinct, c'est-à-dire à partir du début du quatrième mois, diverses circonstances sont susceptibles de se produire :

1° Tantôt le placenta est complètement détaché de la paroi utérine, et l'élimination a lieu après un temps variable, soit en bloc, soit par morceaux, avec accompagnement possible d'accidents septicémiques,

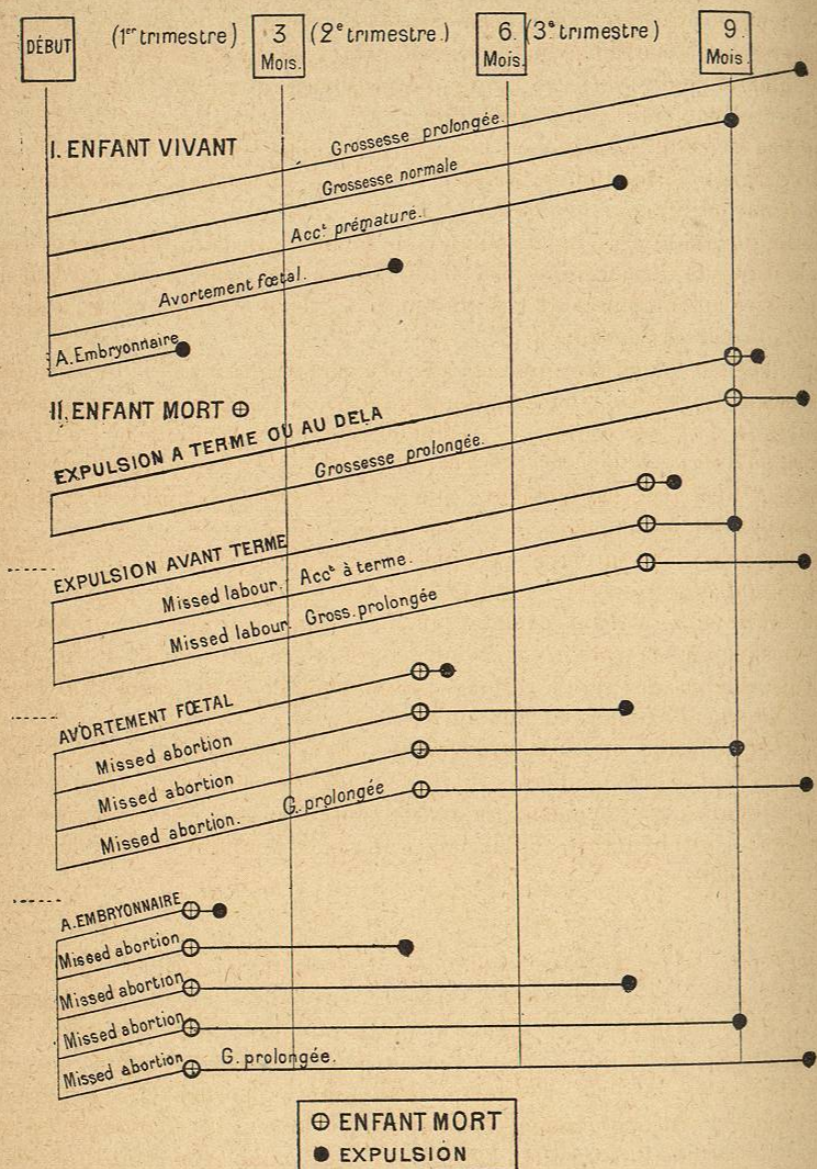


Fig. 431. — Marche de la grossesse avec un enfant vivant et un enfant mort. — Expulsion.

2° Tantôt le placenta est en partie adhérent et en partie détaché ; la rétention en pareil cas peut être prolongée ; ou la partie détachée se mortifiant s'élimine par fragments, tandis que la portion adhérente continue à vivre en

parasite sur la paroi utérine, constituant ce qu'on a désigné sous le nom de *polype placentaire*¹, source d'hémorragies plus ou moins tenaces qui nécessitent l'intervention de l'accoucheur et le curage de la cavité utérine.

3° Tantôt enfin le placenta reste totalement adhérent à l'utérus. — Après une rétention prolongée sans accidents, le placenta est rendu avec tous les caractères qu'il pouvait avoir quelques instants après l'avortement, c'est-à-dire intégralement conservé ; dans d'autres cas, il semble fané, macéré, ratatiné : *Expulsion en bloc retardée*.

Au lieu de cette expulsion en bloc, on peut observer l'évacuation en plusieurs fragments de volume variable se faisant d'une façon intermittente : *Expulsions par fragments successifs*.

Ces fragments sont quelquefois tellement minces que, entraînés par la sécrétion utérine, ils forment une sorte de deliquium, de boue, dont l'évacuation progressive amène, après un certain temps, la vacuité complète de l'utérus : *Expulsion par deliquium*.

Dans certains faits exceptionnels, le placenta retenu dans l'utérus aurait été résorbé, comme certains corps organiques emprisonnés dans l'organisme : *disparition par absorption*. — Toutefois cette absorption ne doit être admise qu'avec certaines réserves, car le placenta peut avoir été éliminé sans qu'on s'en aperçoive, au moment de la défécation par exemple, ou avoir été entraîné par deliquium comme dans le cas précédent.

Enfin, KILIAN a mentionné quelques observations où, chez des vieilles femmes, on a retrouvé à l'autopsie des débris rappelant le placenta, qui auraient été ainsi retenus pendant un long temps. On a même admis que certaines femmes pouvaient concevoir malgré la présence dans l'utérus d'un placenta retenu, qui serait expulsé au moment de la délivrance suivante. — Ces faits ne doivent être admis qu'avec réserve.

F. *Avortement avec grossesse gémellaire*. — Dans les cas de grossesse double avec deux œufs complètement séparés, un de ces œufs peut être expulsé, constituant ainsi, par sa sortie, un avortement, et la grossesse continuer son cours avec l'autre œuf resté entier dans l'utérus et poursuivant son développement normal.

5° COMPLICATIONS.

Septicémie. — La septicémie tantôt généralisée, tantôt localisée au voisinage de l'utérus (pelvi-péritonite), est assez fréquente à la suite de l'avortement, surtout lorsqu'il y a rétention de partie ou totalité des annexes.

Hémorragies. — L'hémorragie utérine peut précéder, accompagner ou suivre l'expulsion de l'œuf. L'écoulement sanguin est parfois tellement grave qu'il amène la syncope et même la mort de la femme ; il y a alors nécessité de lui opposer une thérapeutique énergique, dont nous étudierons ultérieurement les détails.

Tétanos. — Cette complication, quoique très exceptionnelle, a été observée un certain nombre de fois à la suite de l'avortement.

¹ Ne pas confondre avec les *polypes fibreux*, composés par d'anciens caillots transformés et retenus dans l'utérus.

DIAGNOSTIC

SOMMAIRE

- 1° Diagnostic de la grossesse.
- 2° Diagnostic de l'expulsion prématurée.
 - a. Y a-t-il menace d'expulsion prématurée ?
 - b. L'expulsion peut-elle être arrêtée ?
 - c. L'expulsion est-elle complète ou incomplète ?
- 3° Cas spéciaux.
- 4° Diagnostic de l'âge de l'œuf.
- 5° Diagnostic étiologique.

1° DIAGNOSTIC DE LA GROSSESSE

Ce diagnostic, qui a été complètement étudié page 185, sera facile après l'apparition des signes de certitude, mais souvent très incertain avant cette époque ; d'où la difficulté, aisément compréhensible, qu'on éprouvera souvent au début de la grossesse, à reconnaître la menace d'avortement.

2° DIAGNOSTIC DE L'EXPULSION PRÉMATURÉE

a. — Y a-t-il menace d'expulsion prématurée ?

On résoudra cette question par l'étude des *douleurs*, de l'*hémorragie* et du *col utérin*.

Douleurs. — La douleur intermittente, produite par la contraction utérine (colique utérine), peut être confondue avec la colique hépatique (siège différent, irradiation dans l'épaule droite, ictère) avec la colique néphrétique (douleur unilatérale, irradiation dans la grande lèvre correspondante), la colique intestinale (diarrhée), la colique de plomb (liséré saturnin, rétraction de l'abdomen, douleur périombilicale), le début de l'occlusion intestinale (ballonnement du ventre, vomissements, arrêt des gaz et des matières, pas d'hémorragie génitale). Un examen attentif permettra le plus souvent la distinction ; en cas de doute, surveiller la femme un certain temps, la marche des accidents apportant de nouveaux éléments d'appréciation.

Hémorragie. — Une hémorragie d'origine utérine s'étant produite, il s'agit, l'existence de la grossesse étant connue, de savoir si elle constitue un accident susceptible d'amener l'expulsion prématurée de l'œuf.

Le pronostic dépend surtout de l'*abondance* et de la *cause* de la perte sanguine.

Toute hémorragie utérine expose d'autant plus à l'expulsion prématurée de l'œuf, qu'elle est plus *abondante*. Il est rare, quoique le fait s'observe de temps en temps, qu'une perte sérieuse de sang n'entraîne pas l'avortement ou l'accouchement prématuré.

La *cause* de l'hémorragie doit également être mise en ligne de compte. S'il s'agit, par exemple, d'une simple réapparition des règles pendant les premiers temps de la grossesse, ce qu'on pourra reconnaître à l'intermit-

tence et à la régularité de l'écoulement, le pronostic est favorable. Si au contraire l'hémorragie se fait sous l'influence de l'albuminurie, d'une cardiopathie, d'une maladie générale grave, d'une insertion vicieuse du placenta, les chances d'expulsion prématurée deviennent bien plus considérables. — Il n'est question ici que des hémorragies provenant du corps de l'utérus ; celles qui ont pour source le col (ulcération), le vagin, la vulve (traumatisme), n'ont pas d'action directe sur la marche de la grossesse, à moins que leur abondance n'entraîne un affaiblissement sérieux de l'organisme.

Col utérin. — Le col utérin constitue le canal que doit franchir l'œuf pour tomber dans le vagin et arriver au dehors. Quand ce canal n'est pas perméable, les conditions sont favorables, du moins quant à lui, pour la continuation de la grossesse. S'il est au contraire ouvert, dilaté ; si surtout l'œuf est plus ou moins engagé dans son trajet, l'avortement a de grandes chances de se produire. On doit, de même, avoir de grandes appréhensions au sujet de l'accouchement prématuré, quand l'effacement (qui n'a pas lieu pour l'expulsion prématurée de l'œuf pendant les six premiers mois, mais seulement pendant les trois derniers) est plus ou moins avancé ; l'effacement est, en pareil cas, le critérium de l'imminence de l'accouchement prématuré.

b. — L'expulsion prématurée peut-elle être arrêtée ?

L'importance pratique de cette question est facilement compréhensible, car si elle est résolue par l'affirmative, le traitement prophylactique de l'expulsion prématurée doit être tenté ; sinon il devient inutile, parfois même nuisible.

La persistance de l'hémorragie et des contractions douloureuses, malgré la thérapeutique instituée, sera d'un fâcheux augure, de même l'expulsion de lambeaux de caduque ; car avec cette dernière circonstance la grossesse continue exceptionnellement son cours normal.

Pour résoudre le point en question, on se basera surtout sur les trois éléments suivants :

La vie de l'enfant ;

L'intégrité de l'œuf ;

Les modifications du col.

Si l'enfant est *mort*, l'expulsion à bref délai est inévitable, et tenter de la retarder est inutile. Mais pendant les premiers temps de la grossesse, ce diagnostic est des plus difficiles, et dans la majorité des cas restera en suspens.

On sera renseigné sur l'*intégrité de l'œuf* par l'absence de tout écoulement de liquide amniotique. Cependant il peut y avoir perte de liquide analogue à celui renfermé dans l'amnios, sans rupture des membranes quand il existe une poche amnio-choriale ou de l'hydrorrhée déciduale (voir p. 523). Le diagnostic différentiel est donc impossible. — En cas de doute, se comporter comme si l'œuf était intact, c'est-à-dire les membranes non rompues (ne pas se laisser tromper par un simple écoulement d'urine).

Tant que l'œuf n'a pas franchi l'*orifice interne* (les autres conditions étant favorables), l'arrêt de l'expulsion prématurée est probable. Si l'orifice interne