Mais il n'en est pas de même lorsque, le fœtus étant mort, ses membranes se rompent et que l'expulsion tarde à se faire ; alors, par suite du contact du fœtus avec l'air extérieur, il s'opère une rapide putréfaction. Une fièvre grave, caractérisée par les symptômes d'une véritable infection, se développe; il s'écoule par les parties génitales un liquide fétide et noirâtre qui entraîne des lambeaux putréfiés ; et si les contractions utérines ne viennent débarrasser promptement l'organisme de ce foyer d'infection, la malade peut succomber très-rapidement.

Dans l'avortement déterminé par l'existence de deux fœtus, presque toujours les jumeaux sont expulsés simultanément ; cependant nous avons vu (*Grossesse composée*) qu'après l'expulsion d'un des jumeaux l'autre continue quelquefois de se développer.

L'hémorrhagie est l'un des symptômes et des accidents les plus ordinaires de l'avortement. Elle peut précéder, accompagner et suivre l'expulsion du fœtus. C'est un phénomène tellement fréquent que la plupart des auteurs en ont fait la maladie principale. Il est bien vrai que dans quelques cas c'est elle qui est la cause de l'avortement; mais souvent elle n'en est que la conséquence; quelquefois même l'avortement a lieu sans qu'il y ait hémorrhagie considérable.

Ce dernier fait est rare, surtout dans les avortements qui surviennent avant la fin du quatrième mois. Presque toujours alors un écoulement de sang plus ou moins abondant se manifeste dès les premières douleurs expulsives, et persiste jusqu'à la déplétion complète de l'utérus. Rien de semblable, comme on le sait, n'a lieu dans l'accouchement à terme. Cette différence a été très-bien expliquée par M. Jacquemier. Il faut remarquer qu'à la fin de la grossesse le placenta, pour se prêter à l'ampliation de la matrice jusqu'à son plus grand développement, s'est étalé en quelque sorte de son centre à sa circonférence, de manière que ses différents lobes laissent entre eux un espace assez considérable (1). Il en résulte que dans certaines limites les contractions de l'utérus sont sans effet pour le décoller, car le placenta se prête merveilleusement au resserrement de l'organe, jusqu'à ce qu'il soit arrivé lui-même à son point de repos; mais sa grande souplesse lui permet de se réduire encore pour suivre l'utérus avant de commencer à se détacher, et ce n'est enfin que lorsque la presque totalité du fœtus est expulsée que s'opère son décollement. Avant le quatrième mois, le placenta est loin d'offrir les mêmes conditions. L'épaisseur de la membrane caduque utéro-placentaire, la quantité considérable de matière plastique interposée entre ses lobes, lui donnent une densité beaucoup plus grande. Il ne peut se prêter que dans des limites fort étroites, soit à une distension un peu brusque, soit à son resserrement vers son centre. De là la facilité de son décollement dès les premières contractions, de là la rupture d'un

(1) Pour être convaincu de la réalité de cet effet, il suffit d'avoir vu sur quelques utérus développés et non revenus sur eux-mêmes le placenta encore adhérent, ou seulement la surface qu'il occupait (celle-ci est près d'un tiers plus grande que la surface du placenta qui la recouvre). (Jacquemier.)

certain nombre de vaisseaux, et l'hémorrhagie incessante pendant toute la durée du travail.

ARTICLE III

DIAGNOSTIC

A en juger par les signes que nous venons d'indiquer, le diagnostic de l'avortement serait très-facile; mais malheureusement ces signes ne sont bien probants que lorsque l'avortement est inévitable, et lorsque, par conséquent, il est peu important pour la malade que le médecin soit certain du diagnostic. C'est donc surtout au début des accidents qu'il faudrait pouvoir reconnaître d'une manière sûre leur nature, car c'est alors seulement que l'art peut s'opposer à leurs progrès; or cela est très-difficile.

Le diagnostic de l'avortement comprend la solution de plusieurs questions. La femme est-elle enceinte? En supposant la grossesse constatée, les symptômes sont-ils ceux d'une simple congestion utérine ou d'un avortement commencé? L'avortement est-il inévitable?

1° *La femme est-elle enceinte?* Cette première question, assez facile à résoudre après le quatrième mois de la grossesse, est presque toujours insoluble avant cette époque. Tous ceux, en effet, qui se sont livrés à la pratique des accouchements savent combien souvent elle présente de difficultés. Ainsi une femme bien portante voit tout à coup, et sans cause appréciable, ses règles se supprimer pendant plusieurs mois. Les seins se gonflent, la taille s'élargit, en un mot elle ressent plusieurs des phénomènes considérés avec raison comme signes rationnels de grossesse; puis tout à coup, au retour de la troisième ou quatrième époque menstruelle, quelques signes de congestion utérine se manifestent pendant plusieurs jours et sont bientôt suivis d'un léger écoulement de sang. Comment distinguer alors si les douleurs que les femmes éprouvent, si le sang qui s'écoule par la vulve, sont dus à un retour des règles retardées, ou à une imminence d'avortement? Les douleurs qui accompagnent la menstruation difficile, surtout après une suspension de plusieurs mois, ressemblent beaucoup, par leur siége, leur intermittence, à celles de l'avortement... Suivant madame Lachapelle, dans l'avortement, l'orifice utérin est ouvert, l'hémorrhagie précède les douleurs, et celles-ci persistent malgré l'abondance de la perte ; tandis que, dans la menstruation difficile, l'orifice est fermé, les douleurs se déclarent avant l'hémorrhagie, diminuent beaucoup et même cessent complétement dès que l'écoulement est bien établi. Mais le contraire arrive dans bon nombre de cas.

Sans doute, en interrogeant les circonstances qui ont accompagné et suivi la suppression des règles, en examinant l'utérus, on peut avoir quelques probabilités; mais quel praticien un peu expérimenté ignore combien, en tenant compte des exagérations des femmes, si faciles à croire ce qu'elles désirent et ce qu'elles craignent, ces phénomènes rationnels sont trompeurs, et combien aussi

la congestion qui précède et accompagne le retour des règles en retard place l'utérus dans des conditions physiques à peu près semblables à celles d'une grossesse commençante?

Le sang sort-il en caillots des parties génitales? On a espéré trouver dans la forme du caillot un signe suffisant. Chassé de l'utérus vide, a-t-on dit, le caillot aura une forme triangulaire, due à celle de la cavité dans laquelle le sang s'est coagulé, ce qui n'arrive jamais lorsque l'organe renferme un produit de conception... Mais d'abord le caillot peut se déformer en traversant le col utérin; et puis, dans un cas d'avortement, le sang peut s'amasser, se coaguler dans le vagin, et le caillot offrir la forme indiquée.

Si le caillot est encore dans le col de l'utérus, comment distinguer, en supposant que le doigt puisse arriver jusque dans le col, si le corps étranger que l'on sent est un caillot ou un œuf? Holl a donné les signes suivants :- Si le doigt introduit jusque dans l'orifice sent, pendant la contraction, la masse se tendre, augmenter de volume, et saillir vers la vulve, c'est un œuf engagé dans le col; si c'est un caillot, on le reconnaîtra à sa structure fibrineuse; pendant la douleur, sa surface extérieure ne sera pas plus tendue, plus lisse, il ne sera pas poussé par en bas, mais semblera plutôt être comprimé. L'œuf ressemble à une vessie molle; son extrémité inférieure est plutôt arrondie que pointue, tandis que la masse coagulée est plus résistante, plus solide, moins compressible, et a, en général, la forme d'un cône dont la partie la plus élargie est en haut et le sommet en bas. Enfin, si en appuyant sur cette masse on cherche à faire mouvoir l'utérus en totalité, on y parvient très-facilement quand on a affaire à un caillot, tandis que les parois de l'œuf s'affaissent et ne transmettent pas le mouvement à l'organe qui le renferme, et avec lequel il n'est plus que faiblement adhérent.

On le voit, la question n'est pas des plus simples, et pourtant la constatation de la grossesse est un fait important, car l'apparition des règles pendant sa durée étant très-rare, surtout quand elles ont cessé pendant les premiers mois, on doit combattre comme un accident sérieux un écoulement sanguin qu'au contraire on favoriserait, si l'on pouvait l'attribuer à un retour menstruel. Malgré toutes ces incertitudes, il est une réunion de circonstances qui peut permettre d'asseoir un diagnostic au moins probable. Si, en effet, une femme habituellement bien réglée a tout à coup, et sans cause appréciable, cessé de voir; si cette suppression des menstrues a été suivie des autres phénomènes rationnels de la grossesse; si les douleurs continuent malgré l'écoulement du sang; si elles sont développées sous l'influence d'une cause violente; si elles ont quelque chose d'insolite dans leur intensité, leur durée, on peut conclure qu'il s'agit d'un avortement. Le diagnostic acquiert encore plus de certitude si le sang s'échappe plus abondamment que dans les menstruations ordinaires, si sa sortie est accompagnée de douleurs vives du bas-ventre qui n'existent pas habituellement, si des caillots sont expulsés, si l'orifice est dilaté de manière à permettre l'introduction de l'extrémité du doigt.

2° La grossesse existe, mais les accidents peuvent-ils être attribués à une simple congestion utérine, ou bien doivent-ils être considérés comme les premiers symptômes d'un avortement imminent? Cette question, très-difficile à décider dans les trois ou quatre mois et au début de l'accident, n'a pas heureusement beaucoup d'importance au point de vue du traitement, car les moyens propres à combattre la simple congestion seront aussi propres à prévenir la fausse couche.

Lorsque par l'emploi des moyens convenables on est parvenu à faire cesser les accidents que tout autorisait à attribuer à une simple congestion, le médecin est souvent appelé à répondre à une question dont la solution rigoureuse est toujours impossible. Les douleurs abdominales et lombaires sont calmées, tous les autres symptômes alarmants ont cessé, mais la femme est-elle par cela même à l'abri de la fausse couche? Dans la plupart des cas, nous n'en savons rien, car il est impossible de dire si la congestion a été arrêtée assez tôt pour ne pas donner lieu à une crevasse vasculaire et à un épanchement inter-utéro-placentaire, si le décollement du placenta est assez considérable pour avoir tué immédiatement le fœtus: même en supposant l'enfant encore vivant, on ne peut connaître l'étendue du décollement placentaire et prévoir l'influence qu'aura sur le fœtus la destruction partielle des connexions maternelles. Très-souvent, en effet, le fœtus, privé d'une partie notable de ses éléments respiratoires, se trouve placé dans la position d'un adulte dont les poumons seraient détruits en grande partie, il n'a plus qu'une respiration et une nutrition insuffisantes, il dépérit peu à peu, et ce n'est qu'après huit, quinze jours, et même souvent au retour de la prochaine époque menstruelle, qu'il succombe, sans qu'aucun accident nouveau puisse expliquer cette mort inattendue... Le médecin ne saurait donc mettre trop de réserve dans le diagnostic qu'il porte sur les conséquences possibles de semblables accidents.

3° Enfin, en supposant l'avortement commencé, peut-on espérer arrêter les accidents? L'intensité des douleurs, leur direction constante de l'ombilic vers le coccyx, la durée antérieure de l'écoulement et la quantité du sang déjà perdu, le ramollissement et la dilatation de la presque totalité du col et même de l'orifice interne, la saillie formée par les membranes au moment de la contraction, doivent sans doute faire porter un pronostic très-grave, mais ne doivent pas pourtant faire complétement désespérer. On a vu tous ces accidents réunis, et, sous l'influence des moyens appropriés, tout rentrer dans l'ordre, et la grossesse continuer son cours. Suivant quelques auteurs même, la rupture des membranes et l'écoulement du liquide amniotique ne rendraient pas l'avortement inévitable. Cette dernière assertion me paraît au moins très-contestable, car il est infiniment probable, pour ne pas dire certain, que, dans les cas auxquels je fais allusion, on s'est trompé sur la véritable origine des eaux perdues par la malade. La déchirure de l'œuf me paraît devoir inévitablement entraîner la fausse couche; et Desormeaux a certainement confondu des cas d'hydrorrhée avec le véritable écoulement des eaux de l'amnios.

Une jeune dame, qui déjà avait eu le malheur de faire une fausse couche, d'accoucher une seconde fois d'un enfant mort, et d'avoir enfin perdu une petite

fille de six mois, était arrivée à trois mois et demi d'une quatrième grossesse. Tout à coup, après avoir été à la messe dans une église très-rapprochée de sa demeure, il s'échappe des parties génitales un flot de liquide qu'elle évalua à un verre à peu près. En arrivant auprès d'elle, je crus l'avortement inévitable. Puis, en examinant avec soin l'utérus, il me sembla que, malgré la perte qui avait eu lieu, il offrait son volume ordinaire, une certaine rénitence, une souplesse particulière démontrant encore dans la poche amniotique une certaine quantité de liquide; le col n'offrait rien de particulier; aucun écoulement sanguin; pas de douleur ni avant, ni pendant, ni depuis la perte d'eau. Tout en témoignant à la malade des craintes sérieuses, je lui déclarai pourtant que tout espoir n'était pas perdu, que les circonstances que je viens de rappeler offraient, dans leur ensemble, des caractères qui habituellement n'appartenaient pas à la rupture de l'œuf lui-même. Le repos absolu, une petite saignée du bras, des lavements opiacés, des manuluves répétés matin et soir, furent employés. Aucun accident nouveau ne survint, le développement du globe utérin continua. — Pendant les deux premiers jours, il s'écoula encore une très-petite quantité d'eau. A quatre mois et demi, et encore sans cause connue, il s'échappa tout à coup cinq à six cuillerées d'un liquide semblable au précédent. Puis rien de semblable jusqu'à la fin de la grossesse, qui s'est terminée fort heureusement. (Voy. *Hydrorrhée.*)

L'avortement n'est réellement inévitable que lorsque le fœtus a cessé de vivre, ou lorsque le décollement du placenta et la déchirure des vaisseaux utéro-placentaires sont tellement étendus que les connexions utéro-placentaires persistantes sont insuffisantes à l'entretien de la respiration fœtale.

Pour juger du désordre probablement survenu dans les rapports utéro-placentaires, il faut considérer bien plus la quantité de l'écoulement que sa durée. Un simple suintement, un écoulement sanguin modéré, peut durer plusieurs jours, plusieurs semaines, car il pourra trouver son origine dans la déchirure d'un petit nombre de vaisseaux; j'en ai vu durer six semaines, deux mois, et la grossesse n'être pas compromise : mais qu'en peu de temps une femme perde une quantité notable de sang liquide ou coagulé, le placenta sera décollé dans une étendue considérable, et l'avortement en sera la conséquence presque nécessaire.

Il est encore une particularité que les auteurs n'ont pas mentionnée, et qui me paraît importante, en ce qu'elle ne permet guère d'espérer enrayer les accidents; elle se rattache à la forme particulière du col. A une époque peu avancée de la grossesse, on sait qu'il est toujours facile de distinguer le col du corps utérin; on peut même, dans l'immensité des cas, sentir très-nettement la rainure qui les sépare : eh bien, lorsque les contractions ont duré depuis un certain temps, elles ont peu à peu dilaté l'orifice interne. La cavité du col s'est confondue dans la cavité du corps, et le doigt vaginal, en parcourant tout le segment inférieur de l'utérus, ne peut plus en isoler le col; il n'existe plus entre eux de limite bien tranchée, et tout ce qui appartient au col de l'utérus a la forme d'une poire dont la partie renflée se continue avec le corps de la matrice, et dont l'extrémité

pointue répond au niveau de l'orifice externe. Toutes les fois que j'ai rencontré cette disposition, l'avortement a eu lieu. Le vagin lui-même présente quelque chose d'insolite : suivant une remarque du docteur Coffin, son extrémité supérieure s'arrondit, les rides s'y effacent et le doigt rencontre partout une surface polie et régulière comme celle d'un vase vernissé.

L'état de vie ou de mort de l'enfant est impossible à constater d'une manière certaine dans les premiers mois. Je dois cependant signaler une particularité qui me paraît avoir une grande valeur. Je veux parler de la cessation brusque des vomissements, de la salivation ou de tout autre trouble sympathique de la grossesse. Quand, à la suite d'un accident, une femme cesse tout à coup de vomir ou de saliver, on doit craindre que l'enfant n'ait cessé de vivre. La persistance de ces malaises est au contraire un signe favorable. Heureusement que si l'incertitude sur ce point rend impossible un pronostic exact, elle n'a aucune influence sur le traitement. Toutes les fois, en effet, qu'en réunissant les phénomènes généraux et locaux on peut, en supposant l'enfant vivant, espérer arrêter les accidents, il faut agir comme si l'on avait cette conviction.

On le voit donc, dans le premier tiers de la gestation, le diagnostic ne peut être que probable.

A une époque plus avancée de la grossesse, le diagnostic est beaucoup plus sûr : d'abord, il est, en général, assez facile de s'assurer du développement de l'utérus; puis les douleurs sont plus énergiques, l'écoulement de sang plus abondant, la dilatation du col plus facile à constater. Il est bien plus certain encore lorsque la mort du fœtus peut être constatée d'une manière positive (voy. *Signes de la mort du fœtus*, page 567).

ARTICLE IV

DÉLIVRANCE

L'expulsion spontanée ou l'extraction du placenta présentent des phénomènes très-différents, suivant l'époque à laquelle survient l'avortement, et, sous ce rapport, il est important de distinguer l'avortement des deux premiers mois, du troisième et du quatrième, enfin du cinquième et du sixième mois. Dans le premier et le deuxième mois, l'œuf est le plus souvent expulsé en entier; dans les deux derniers, l'expulsion du délivre s'opère à peu près comme après l'accouchement à terme. Mais il n'en est pas du tout de même dans le troisième et le quatrième mois. A cette époque, en effet, le placenta, déjà volumineux, a contracté des adhérences très-nombreuses et très-intimes avec la matrice; celle-ci n'a pas encore acquis toute la contractilité de tissu dont elle jouit au terme de la grossesse. Aussi les contractions prématurées qui se manifestent, assez énergiques pour briser l'œuf, ne le sont point assez pour détruire les adhérences utéro-placentaires. Sous l'influence de ces contractions, la poche amniotique,