

jambes, les cuisses, le scrotum ou la vulve sont déformés par un œdème considérable. Le scrotum dépasse souvent le volume d'une tête d'adulte. Manson en a signalé un qui pesait 100 kilogr. (Wurtz); la peau et le tissu sous-cutané sont scléreux. Mais la maladie débute par un érysipèle ou une lymphangite qu'accompagnent des poussées fébriles (*filarial fever*) et Manson prétend que l'on rencontre plus rarement les microfilaires dans le sang des indigènes atteints d'éléphantiasis que dans le sang de ceux qui n'en sont pas atteints. De nouvelles études sont nécessaires pour fixer la pathogénie de cette maladie.

Traitement et pronostic. — L'iode, les iodures, les mercuriaux n'ont pas donné de résultats. Le traitement chirurgical, la ponction de l'hydrocèle et des épanchements locaux, la résection des varices lymphatiques, atténuent les accidents locaux. On peut quelquefois atteindre une filaire ou plusieurs adultes par une opération; mais leur nombre, souvent considérable, leur siège dans des vaisseaux lymphatiques profonds ne permettent généralement pas de tenter une cure radicale. Heureusement la santé générale reste bonne dans la filariose, et la maladie peut durer, avec des périodes d'accalmie, 20, 30, même 50 ans (Sousino). La mort des filaires amène quelquefois une guérison spontanée; mais ce cas est rare, car leur vie est d'ordinaire très longue.

Filaire Loa. — La plus anciennement connue; elle peut atteindre 50 à 40 millimètres de long sur 5 millimètres de diamètre. On l'a nommée filaire de l'œil parce que c'est sous la conjonctive qu'elle est le plus visible et que c'est là que sa présence est le moins bien tolérée. Mais elle circule dans le tissu cellulaire sous-cutané de toutes les régions du corps, causant du prurit et des œdèmes; elle peut aussi déterminer des douleurs rhumatoïdes et des gonflements articulaires. Wurtz et Clerc ont signalé une éosinophilie intense due à la présence de la filaire Loa. 50 pour 100 d'éosinophiles. A. BACH.

FISSURES. — V. ANUS, LÈVRES, OS.

FISTULES. — « On nomme fistules des dépressions canaliculées et des conduits anormaux d'origine congénitale ou pathologique » (Reclus).

Étiologie. — Il y a des fistules *congénitales*; elles résultent rarement d'une inflammation ou d'une ulcération intra-utérines, presque toujours elles sont dues à un arrêt de développement, quelquefois causées par la présence d'une bride amniotique. On les étudiera à propos des organes et des régions où elles se voient avec la plus grande fréquence, cou, ombilic, rectum, etc.... Les fistules *acquises* sont dues à une ou plusieurs des causes suivantes: écartement des parois, parois rigides, rendant impossible ou difficile l'accolement spontané des limites de la cavité, mobilité des parties qui détruit les adhérences, passage incessant du pus dans le trajet, enfin, transformation épidermique des parois de ce trajet, qui supprime la possibilité d'oblitération spontanée. Ces fistules peuvent être le résultat d'une suppuration du tissu cellulaire, d'un os, d'un ganglion; elles mènent alors à leur point de départ; d'autres fois elles ouvrent une cavité séreuse ou muqueuse; ce sont les fistules les plus importantes (dites *communicantes*), fistules pleurale, biliaire, urinaire, pyostercorale, etc....

Lésions. — Les *fistules borgnes non communicantes*, qui s'ouvrent au milieu du tissu cellulaire ou sur un organe plein, ne présentent qu'un orifice, qui peut être ouvert à l'extérieur (cutané) ou à l'intérieur (cavité muqueuse); au contraire, les fistules *communicantes* sont *complètes*, et de leurs deux orifices l'un est muqueux, l'autre cutané; les orifices demandent à être cherchés au milieu des plis naturels, des poils, au fond d'une dépression due à la rétraction cicatricielle de la fistule, au centre d'un mamelon. Les orifices peuvent être multiples, et la fistule présenter des clapiers et diverticules complets ou borgnes.

Symptômes. — Dans toute fistule il faut examiner le trajet, et l'endroit d'où elle vient. On utilisera pour cela l'examen des matières qui sortent par l'orifice, pus, urine, matières fécales, bile, etc..., et l'exploration au stilet. Enfin, l'injection à son intérieur de matières colorées, de lait, que l'on cherchera ensuite dans un réservoir naturel (vessie), peut être d'une grande utilité diagnostique.

Traitement. — Le traitement doit viser à deux choses, supprimer la cause, et supprimer la fistule. Pour le premier point, on enlèvera un corps étranger, on grattera un os, on extirpera une masse ganglionnaire ou un segment d'intestin. Mais souvent on ne peut s'attaquer qu'à la fistule elle-même; il faut alors la séparer de la cavité avec laquelle elle communique, et réséquer et fermer l'orifice muqueux, puis extraire et disséquer le trajet. C'est le procédé d'élection pour les fistules à l'anus, par exemple, en particulier lorsqu'il y a tuberculose. On peut cependant essayer de modifier simplement le trajet, si l'extirpation n'est pas possible, en pratiquant des injections irritantes, en cautérisant, en grattant ses parois, en ouvrant la fistule qu'on transforme en une cavité largement béante, et qui puisse se combler de la profondeur à la superficie.

Pour les différentes fistules, V. FACE, ANUS, SALIVAIRES, LACRYMALES, OS, RECTUM, URÈTRE, VAGIN, VESSIE, etc. AMÉDÉE BAUMGARTNER.

FLATULENCE, FLATUOSITÉS. — V. DYSPEPSIE, AÉROPHAGIE.

FLUEURS BLANCHES. — V. LEUCORRHÉE.

FLUXION DENTAIRE. — V. DENTAIRE (FLUXION).

FLUXION DE POITRINE. — V. PULMONAIRE (CONGESTION).

FŒTUS (MALADIES). — V. DYSTOCIE FŒTALE.

FŒTUS (MORT). — La mort du fœtus peut être causée par une maladie de l'un ou l'autre des générateurs (en particulier par la syphilis), par des lésions du placenta ou des vaisseaux ombilicaux, etc. Dès que le fœtus a succombé, la grossesse a pris fin, il y a *rétenion* du fœtus mort dans la cavité utérine et non plus grossesse.

Ce fœtus mort va subir, pour peu que la rétenion se prolonge, des modifications différentes suivant l'âge auquel il aura succombé.

Dissolution. — Dans les deux ou trois premiers mois, l'embryon, dans la

composition duquel entrent une forte proportion d'eau, 97,54 pour 100 et une très faible proportion de matériaux solides, se dissout dans le liquide amniotique. Cette dissolution est d'autant plus rapide que l'embryon est plus jeune. Au moment où l'œuf est expulsé, il ne contient plus que le liquide amniotique devenu plus épais, louche, un peu laiteux (œuf clair).

Momification. — A une période plus avancée (du 3^e au 5^e mois), le fœtus résiste à l'action du liquide. Il conserve sa forme; mais, sous l'action de la solution saline que constitue le liquide amniotique dans lequel il est plongé, il diminue de volume, se racornit, se ratatine, en même temps que le liquide amniotique s'épaissit, devient terreux et diminue au point de disparaître parfois complètement. Lorsque, dans le cours d'une grossesse gémellaire, l'un des deux fœtus succombe, l'autre continuant à se développer, le fœtus vivant comprime l'autre contre la paroi utérine et l'aplatit (*fœtus papyraceus*).

Macération. — La macération est presque constante quand le fœtus succombe à partir du 5^e mois. Elle se produit sous l'influence combinée du séjour dans le liquide amniotique et de la chaleur, mais sans l'intervention d'aucun germe, ce qui la différencie de la *putréfaction* qui ne peut se produire que quand l'œuf est ouvert.

Ce qui caractérise la macération, c'est l'imbibition de tous les tissus fœtaux, sauf le tissu osseux. Le corps tout entier se ramollit et s'affaisse. L'épiderme se décolle, d'abord, formant des phlyctènes remplies d'une sérosité rougeâtre. Ces phlyctènes se rompent ensuite, déversant leur contenu dans la cavité amniotique, et l'épiderme tombe laissant à nu le derme teint en rouge brun, ce qui justifie le nom de *fœtus sanguinolentus*.

Pendant ce temps, le cuir chevelu se décolle, les os du crâne chevauchent les uns sur les autres et se disjoignent, le ventre s'aplatit et s'élargit, le thorax perd sa voussure normale.

Le liquide amniotique, quand la rétention a duré assez longtemps pour que les phlyctènes se soient rompues, prend une teinte rosée. Le placenta est généralement flétri, ratatiné; les cotylédons placentaires subissent la dégénérescence fibro-graisseuse.

Les membranes, en particulier la caduque et le chorion subissent une dégénérescence granulo-graisseuse qui les rend plus friables.

Putréfaction. — La putréfaction ne s'observe que dans les cas où l'œuf est ouvert par suite de la rupture des membranes. Elle est d'autant plus rapide que la mort du fœtus a précédé depuis plus longtemps la rupture des membranes et peut, alors, se produire en quelques heures. Elle est donc favorisée par la macération antérieure du fœtus. Les téguments deviennent livides, verdâtres; des gaz se développent dans le tissu cellulaire et l'infiltrent, produisant un emphyseme qui déforme le fœtus et en augmente considérablement le volume.

Des gaz se développent aussi dans l'utérus qui donne alors, à la percussion, un son tympanique (physométrie). Les liquides qui s'écoulent de l'utérus répandent une odeur d'une épouvantable fétidité [V. FŒTUS (PUTRÉFACTION)].

Rigidité cadavérique. — On a observé, enfin, quelques cas dans lesquels le fœtus est expulsé, pelotonné normalement sur lui-même, mais en état de rigidité. Cette rigidité qui semble tout à fait assimilable à la rigidité cadavérique n'a été observée que de façon tout à fait exceptionnelle, probablement parce

qu'elle est de très courte durée et disparaît, le plus souvent, avant l'expulsion du fœtus.

Symptômes. — Marche. — Diagnostic. — L'œuf restant intact, le fœtus peut séjourner plus ou moins longtemps dans l'utérus sans que l'état général de la mère en soit affecté. On observe, alors, la disparition des phénomènes dits sympathiques de la grossesse (vomissements), ou de certains phénomènes pathologiques (albuminurie, varices), et l'apparition d'une *fluxion mammaire* qui se produit habituellement trois à quatre jours après la mort du fœtus et qui se reproduira après l'expulsion de l'œuf.

Lorsque la grossesse était assez avancée pour que la mère eût déjà senti les mouvements actifs du fœtus, ces mouvements cessent d'être perçus; mais, assez souvent, la mère peut avoir, quand elle change d'attitude, la sensation d'un corps qui se déplace en masse dans l'abdomen.

L'examen direct donne des résultats différents suivant l'époque de la grossesse à laquelle la mort du fœtus est survenue.

Pendant la première moitié de la grossesse, le fœtus est trop peu volumineux pour qu'on puisse l'atteindre et en apprécier les modifications. Le *palper abdominal* et mieux le *palper bi-manuel* permettent, au contraire, de saisir et d'examiner l'utérus.

Le plus souvent, l'utérus forme une masse molle, élastique, rénitente, facilement mobile et dont le volume n'est pas en rapport avec l'âge présumé de la grossesse. On peut, au cours de l'examen, sentir la tumeur durcir, se contracter, ce qui permet d'affirmer l'existence de l'utérus développé.

Dans un autre cas, l'utérus est mou, difficile à délimiter.

Enfin, il peut être perçu sous forme d'un globe de consistance dure, ligneuse, en état de contraction permanente, ce qui permet de prévoir une expulsion prochaine de l'œuf.

Quant au col, il reste ramolli un certain temps; mais si la rétention se prolonge, il reprend la consistance habituelle à l'état de vacuité.

L'erreur de diagnostic peut consister, dans la première moitié de la grossesse : 1^o à méconnaître l'utérus augmenté de volume; 2^o à méconnaître la mort du fœtus; 3^o à prendre l'utérus développé pour un fibrome.

Le diagnostic de fibrome sera écarté facilement par l'interrogatoire, fibrome et aménorrhée n'ayant pas l'habitude de coïncider. L'aménorrhée devant toujours faire supposer la grossesse chez une femme jeune habituellement bien réglée, il ne faut pas se hâter de déclarer que l'utérus n'est pas développé. Il est rare que, en prolongeant l'examen, on ne sente pas se produire une contraction qui permettra d'affirmer le diagnostic. Enfin, l'utérus ayant été reconnu et délimité, la discordance entre son volume et l'âge présumé de la grossesse, son défaut de développement ou sa régression constatée par des examens successifs, la fluxion mammaire, permettront de porter le diagnostic de mort du fœtus. Il n'en reste pas moins que ce diagnostic peut rester douteux pendant un certain temps, surtout lorsque l'embryon succombe dans les premières semaines de la grossesse, les modifications de l'utérus étant, alors, difficilement appréciables et la fluxion mammaire souvent peu prononcée.

Pendant la seconde moitié de la grossesse, le diagnostic est plus facile. La

disparition des mouvements actifs et l'absence des bruits du cœur fœtal sont les premiers signes qui, avec la fluxion mammaire, attirent l'attention.

Le palper permet généralement de délimiter facilement l'utérus, sauf dans quelques cas, tout à fait exceptionnels, où paroi utérine et fœtus sont tellement ramollis que les accoucheurs les plus expérimentés ont pu être mis en défaut.

Quant au fœtus, il peut, pendant les premiers jours qui suivent sa mort, être perçu sans modification appréciable; après la première semaine, les parties fœtales deviennent moins nettes, la tête moins résistante. L'extrémité pelvienne est peu modifiée; mais elle devient plus mobile et, sous l'influence de l'incurvation et de l'affaissement du tronc, se rapproche de l'extrémité céphalique.

Généralement, il y a, en même temps, diminution, parfois disparition complète du liquide amniotique.

A mesure que la rétention se prolonge, la tête perd sa forme et sa résistance et, la disjonction des os du crâne s'étant produite, on peut, par le palper, déterminer de la crépitation due au chevauchement des os les uns sur les autres (signe de Negri). La résistance du siège ne disparaît que très tard.

Lorsque l'œuf est ouvert, le fœtus mort deviendra rapidement (sauf cas très exceptionnels) la proie de la putréfaction.

Cette putréfaction réagira profondément et rapidement sur l'organisme maternel (infection putride).

Frisson, accélération du pouls, hyperthermie, sécheresse de la langue, tels sont les premiers symptômes, rapidement suivis par l'augmentation de volume du ventre, due à la distension de l'utérus par les gaz de la putréfaction (physométrie) et au météorisme des anses intestinales.

Assez vite, le muscle utérin paralysé par les gaz toxiques cesse de se contracter, les gaz et les liquides qui sortent des organes génitaux deviennent de plus en plus fétides, l'état général s'aggrave et la femme succombe, si une intervention active n'est pas faite.

Pronostic. — Tant que l'œuf est intact, il n'y a aucune crainte à avoir pour la mère. La rétention, qui généralement dure de 10 à 15 jours, peut se prolonger, pendant 3, 4 mois et plus, sans qu'il y ait lieu de s'inquiéter davantage.

Au contraire, le danger commence dès que, avec un fœtus mort, la rupture des membranes se produit. La putréfaction est à redouter et elle peut se produire rapidement. Le pronostic, alors, dépend en grande partie de l'esprit de décision de l'accoucheur.

Enfin, quand la putréfaction est déjà commencée, la situation est toujours très grave. L'accouchement peut, en effet, être rendu extrêmement difficile du fait de l'augmentation de volume du fœtus produit par la putréfaction et, une fois l'accouchement terminé, l'infection peut tuer et tue souvent la mère.

Traitement. — Il ne faut jamais intervenir tant que l'œuf est intact. La mère, en effet, ne court aucun danger; une intervention, au contraire, pourrait avoir des conséquences très graves en amenant une rupture des membranes.

On se bornera donc à prévenir la famille de la mort de l'enfant sans fixer le terme probable de la rétention qu'il est impossible de connaître.

La seule chose à faire ensuite est d'assurer l'asepsie vaginale de façon à

empêcher autant que possible la pénétration de germes dans l'œuf, si les membranes venaient à se rompre.

Il y aura donc lieu d'ordonner des injections vaginales antiseptiques qui seront faites deux fois par jour, et comme il peut arriver que ces injections soient longtemps répétées, si la rétention se prolonge, on devra employer de préférence des liquides non toxiques : naphthol, aniodol, permanganate de potasse.

Au moment du travail, il faut : 1° tout faire pour rendre l'antiseptie aussi sévère que possible; 2° tout faire pour éviter la rupture de l'œuf; 3° hâter autant que possible l'expulsion de l'œuf (Pinard).

Pour cela, *il faut toucher le moins souvent possible et toujours dans l'intervalle des contractions*. Le toucher répété expose, en effet, davantage à l'infection; de plus, la rupture précoce des membranes risque de se produire plus facilement, à cause de la hernie (Pinard) que la poche des eaux fait à travers l'orifice utérin, hernie qui est due à la flaccidité de l'œuf, dont le liquide amniotique s'est en partie résorbé (poche en boudin, en doigt de gant, en sablier).

Il est inutile, d'ailleurs, de préciser la présentation ou la position du fœtus, dont la faible taille et la mollesse permettent habituellement l'expulsion spontanée, quelle que soit la présentation.

Il y a avantage à garder les membranes intactes, même après la dilatation complète, pour obtenir, autant que possible, l'expulsion de l'œuf intact.

Si la rupture de la poche des eaux se produit, on assurera l'antiseptie en même temps qu'on accélérera la marche du travail par des injections vaginales chaudes, répétées toutes les heures.

Si l'expulsion se fait en deux temps, il ne faut pas oublier que, souvent, les membranes sont retenues au cours de la délivrance, d'où la nécessité de laisser le placenta s'engager profondément dans le vagin avant d'exercer la moindre traction sur le cordon.

Si le décollement du placenta tarde à se faire, il ne faut pas attendre trop longtemps pour faire la délivrance artificielle, les chances d'infection étant alors plus grandes. La délivrance tardant plus de deux heures, il y a lieu d'aller décoller et extraire le placenta, soit à l'aide des doigts, soit avec la main entière suivant le volume de l'utérus.

Si l'orifice utérin s'était refermé, on introduirait dans l'utérus, un ballon de Champetier de Ribes, de taille appropriée à la capacité utérine et on ferait, la délivrance artificielle aussitôt obtenue une dilatation suffisante.

Si les membranes viennent à se rompre au cours de la rétention du fœtus mort et sans que le travail se déclare, il faut provoquer le travail, en introduisant dans l'utérus un ballon de Champetier de Ribes. On obtiendra, ainsi, en quelques heures, une dilatation suffisante pour permettre l'expulsion ou l'extraction du fœtus.

Quand les membranes se rompent au début du travail, l'indication est d'accélérer autant que possible l'expulsion.

Pour cela, les irrigations chaudes suffisent presque toujours. Dans le cas où elles seraient insuffisantes ou inefficaces, il faudrait avoir recours au ballon de Champetier.

Si les phénomènes de putréfaction surviennent, l'indication d'accélérer le

travail est plus pressante encore et pour cela, c'est encore au ballon de Champetier qu'il faudra s'adresser lorsqu'il n'y aura pas engagement de la présentation fœtale.

Mais, une fois la dilatation de l'orifice utérin obtenue, deux difficultés peuvent se présenter : 1° l'emphysème du tissu cellulaire résultant de la putréfaction peut augmenter considérablement, doubler, tripler, même le volume du fœtus, d'où dystocie par excès de volume; 2° la putréfaction a tellement ramolli les tissus fœtaux que la moindre traction sépare les parties fœtales les unes des autres, d'où l'impossibilité d'avoir une prise solide pour l'extraction du fœtus.

Si le fœtus se présente par l'extrémité céphalique, fléchie ou défléchie, le mieux est d'appliquer sur elle le basiotribe, ou plutôt la pince formée par les deux branches du basiotribe sans perforation préalable (Ribemont-Dessaignes, Varnier), la prise étant ainsi plus solide.

On peut, après avoir ainsi amené la tête au dehors, extraire le tronc; mais, souvent, les épaules sont arrêtées et la tête est arrachée par les tractions. L'abaissement des bras et les tractions exercées sur eux pour dégager le tronc, n'aboutissent alors, le plus souvent qu'à les arracher. Mieux vaut alors appliquer aussi haut que possible, les cuillers du basiotribe sur le thorax en le prenant de la colonne vertébrale au sternum. Les tractions n'étant faites qu'après une demi-rotation qui aura mis le diamètre bi-acromial du fœtus en rapport avec le diamètre transverse du détroit supérieur du bassin. Au détroit inférieur une demi-rotation sera faite pour amener les épaules dans le diamètre antéro-postérieur du bassin.

L'abdomen distendu par les gaz est, alors, seul capable de constituer un obstacle, dont une ponction aurait facilement raison.

Le fœtus se présentant par le siège, les tractions sur les membres inférieurs en produiraient l'arrachement. Il est plus sûr d'appliquer la pince du basiotribe du ventre au dos du fœtus.

Il faut autant que possible favoriser l'expulsion de la tête non par traction, mais par expression ou mieux par expectation, de façon à éviter l'arrachement du cou, qui laisserait la tête, séparée du tronc, dans la cavité utérine.

Dans le cas de présentation de l'épaule, l'embryotomie s'impose, suivie de l'extraction successive des deux tronçons du fœtus, suivant les principes exposés plus haut.

Lorsque la tête reste dans l'utérus, séparée du tronc, il faut l'extraire immédiatement. L'expression, combinée aux tractions sur le maxillaire inférieur est la méthode la plus simple.

Si le maxillaire se rompt, il ne reste qu'à appliquer le basiotribe en faisant bien maintenir la tête par un aide, pressant à travers la paroi abdominale.

Aussitôt le fœtus extrait, après une large irrigation de tout le tractus génital, il faut, sans retard, procéder à la délivrance artificielle, suivie d'une très abondante injection intra-utérine antiseptique.

Les accidents infectieux qui, le plus souvent, continuent à évoluer après l'accouchement, nécessitent, pendant les suites de couches, le traitement de l'infection puerpérale (v. c. m.).

Telle est la conduite classique à tenir dans le cas de putréfaction du fœtus.

Mais peut-être y a-t-il mieux à faire pour soustraire ou tenter de soustraire la mère aux dangers souvent mortels de l'infection.

Laparatomiser la femme, extérioriser l'utérus sans l'ouvrir, le pédiculiser, puis refermer l'incision abdominale, enfin l'amputer hors du ventre, ce serait, en même temps, abrégé considérablement l'intervention, éviter toutes les lésions traumatiques du col utérin, de la vulve et du vagin qui sont de nombreuses portes d'entrée à l'infection, enfin, supprimer d'emblée le foyer infectieux que constitue l'utérus. Cette méthode n'est pas, toutefois, applicable à tous les cas, car l'engagement du fœtus forcerait à inciser l'utérus avant d'avoir refermé le ventre; mais elle nous paraît devoir être appliquée chaque fois qu'il n'y aura pas engagement de la présentation fœtale. M. OUL.

FŒTUS (PUTRÉFACTION). — État résultant de l'envahissement, dans la cavité utérine, du fœtus mort, par des germes généralement anaérobies prenant presque toujours directement accès par le vagin à travers les membranes rompues, et susceptible, d'une part de retentir gravement sur l'état général de la mère, d'autre part de provoquer localement des difficultés dystociques considérables.

Étiologie. — Seul le fœtus mort est capable de se putréfier; encore ne le fait-il que dans certaines conditions bien déterminées. Si les produits de conception qui succombent au cours de la grossesse ou au cours du travail sont relativement nombreux, ceux qui donnent lieu aux accidents de la putréfaction sont rares. Celle-ci s'observe surtout dans les cas où le fœtus mort trouve, au cours du travail, à partir du moment où la poche des eaux s'est rompue, un obstacle de nature à retarder anormalement, sinon à empêcher son issue; la putréfaction apparaît d'autant plus vite qu'il y a eu des *touchers nombreux*, des interventions de toutes sortes, des fautes d'asepsie, qu'il existe une infection locale (cancer du col). C'est en moyenne de 6 à 8 heures après l'ouverture de l'œuf que les premiers symptômes se montrent.

Symptomatologie. — La putréfaction fœtale a pour conséquence des *symptômes généraux* tels que fièvre, accélération du pouls, suivis du cortège habituel aux toxi-infections, mais elle engendre surtout des *symptômes locaux* caractéristiques. Il se dégage très vite une odeur infecte et pénétrante, se propageant à distance; les organes génitaux sont souillés par un liquide épais, mélange de liquide amniotique et de méconium en voie de décomposition; ils sont irrités, œdématiés. Le ventre est volumineux, très *douloureux*, tendu d'une façon permanente, s'opposant à une palpation fructueuse; l'utérus contient des gaz (*Physométrie*) qui s'accumulent dans sa partie supérieure et rendent à la percussion de cette région une sonorité tympanique; ces gaz peuvent même se répandre dans l'épaisseur des parois utérines et jusque dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, occasionnant un emphysème putride qui crépite sous la main exploratrice. Au toucher on provoque facilement, en refoulant la partie fœtale obturante, une issue quelquefois bruyante de gaz méphitiques; la tête, lorsque c'est elle qui se présente, donne souvent la sensation d'une poche à surface lisse, flasque ou tendue, en imposant volontiers pour les membranes de l'œuf; elle peut aussi faire percevoir une crépitation gazeuse.

Évolution. Pronostic. — En règle générale, à partir du moment où la