Les apoplexies répétées à courts intervalles amènent souvent, malgré les secours de l'art, l'affaiblissement graduel des mouvements du fœtus et des battements de son cœur, puis la cessation complète des uns et des autres, et, dans ces cas malheureux, il n'est pas rare que la femme d'une part et l'accoucheur de l'autre assistent en quelque sorte à l'agonie du fœtus et à sa mort (*Dictionnaire* en 30 volumes).

Les foyers apoplectiques du placenta ne sont souvent révélés par aucun symptôme, si l'hémorrhagie reste limitée. Dans quelques cas on observe la plupart des signes de pertes internes peu abondantes, mais on peut plutôt soupçonner cette lésion que l'affirmer, à moins que la malade n'ait déjà présenté plusieurs fois ce genre d'altération, car il n'est pas rare de voir la même femme avorter plusieurs fois de suite, toujours pour la même cause ; et si elle finit par accoucher à terme, on trouve encore sur le placenta un certain nombre de foyers sanguins anciens et récents (Jacquemier).

Quand on croira avoir quelques raisons de craindre une apoplexie placentaire, surtout s'il s'agit d'une femme qui y soit prédisposée, on appliquera le traitement prophylactique des hémorrhagies utérines pendant la grossesse (voy. *Avortement*). En tête des moyens qui offrent le plus de chances de succès, il faut placer le repos absolu et de petites saignées, que l'on répétera à des intervalles plus ou moins rapprochés.

CHAPITRE IV

MALADIES ET MORT DU FOETUS

§ I. — Maladies du fœtus.

Les maladies de l'embryon et du fœtus pendant la vie intra-utérine sont fort peu connues, quoique nombreuses. Il n'entre pas dans le plan de ce livre d'en faire un tableau à peu près complet; c'est ainsi que nous laisserons de côté les monstruosités et tout ce qui a trait à la tératologie. Nous nous contenterons donc de présenter ici l'exposé succinct des maladies qui intéressent plus particulièrement les accoucheurs parce qu'elles menacent la vie du fœtus ou produisent sa mort; nous croyons même bien faire en ajournant la description de celles qui peuvent faire obstacle à l'accouchement naturel pour les placer à côté des autres causes de dystocie (voy. *Dystocie*). Notre tâche actuelle se trouvera ainsi très-limitée.

1° *Inflammation.* On a trouvé des traces d'inflammation sur les différents organes du fœtus. Nous plaçons en première ligne la péritonite, qui a été le sujet d'un travail spécial de notre collègue et ami le docteur Lorain ; on l'observe surtout dans les hôpitaux de femmes en couches au moment où sévit la fièvre puerpérale.

La plèvre et les poumons peuvent aussi s'enflammer quoique moins souvent. Mais ce qui est rare dans l'espèce humaine devient fréquent chez les animaux atteints de pneumonie épizootique. J'ai déjà signalé ce fait dans un mémoire sur la fièvre puerpérale.

2° *Fièvres.* Les fièvres éruptives peuvent se communiquer, paraît-il, de la mère à l'enfant. Le fait est hors de doute pour la variole ; nous n'avons d'ailleurs rien à ajouter ici à ce que nous avons dit précédemment (voy. p. 443 et 444). Nous en dirons autant de la fièvre intermittente (voy. p. 442).

3° *Ictère.* Plusieurs observateurs ont vu des femmes affectées d'ictère donner naissance à des enfants atteints de la même maladie ; dans ce cas, l'eau de l'amnios était elle-même colorée en jaune. Ces faits constituent cependant des exceptions, car dans le plus grand nombre des cas observés les enfants nés de mères atteintes d'ictère ne présentaient eux-mêmes aucune coloration anormale (voy. p. 448).

4° *Syphilis.* Nous avons dit plus haut que la syphilis peut être transmise au fœtus par hérédité. Le fœtus ainsi atteint se développe très-régulièrement dans la plupart des cas, et ce n'est que quelques semaines ou quelques mois après sa naissance qu'apparaissent les accidents, que nous n'avons par conséquent pas à décrire. Mais il n'en est pas toujours ainsi ; il n'est pas très-rare, en effet, que le fœtus atteint de syphilis naisse avant terme ou qu'il meure pendant la vie intra-utérine. En examinant ces enfants immédiatement après l'accouchement, comme chez les premiers, on ne trouve en général aucune lésion qu'on puisse rapporter à la syphilis ; mais chez d'autres les traces de la maladie sont évidentes : il faut placer en première ligne le pemphigus de la paume des mains et de la plante des pieds. Cette éruption est facile à reconnaître quand les bulles sont complètes, mais presque toujours elles sont déchirées et ne laissent à leur place que des érosions arrondies avec soulèvement de l'épiderme; néanmoins leur aspect est caractéristique. Le pemphigus est plus difficile à reconnaître quand l'éruption est à son début ; elle se présente alors sous forme de petites taches rouges, à peine saillantes, dont le centre est occupé par un point blanchâtre produit sans doute par un léger soulèvement de l'épiderme. J'ai vu deux faits de ce genre : le modèle en cire en est à l'hôpital de la Clinique, et les observations ont été publiées par le docteur Bonnardot (*Thèses de Strasbourg*).

L'autopsie des enfants montre parfois des lésions viscérales dues à la syphilis : de ce nombre sont quelques altérations du thymus, des poumons, du foie. Notre maître, le professeur P. Dubois, a signalé le premier l'altération syphilitique du thymus. Cet organe paraît sain à l'extérieur, mais, en l'ouvrant et en le comprimant, on en fait sortir un suc blanchâtre qui ressemble à du pus. Le poumon, quand il est le siége de lésions syphilitiques, présente des noyaux indurés, variables en nombre et en volume, d'une consistance analogue à celle du foie, dont le professeur Depaul a donné une description détaillée. Quelques-unes de ces indurations font saillie sous la plèvre, où elles apparaissent avec une teinte jaunâtre assez foncée ; plus tard, elles se ramollissent, et l'on trouve à leur centre une cavité qui renferme un liquide d'aspect séro-purulent. Les lésions du foie, bien étudiées par M. Gubler, sont tantôt générales, tantôt partielles, et caractérisées par des îlots de tissu hépatique jaunâtre, induré, dont les éléments normaux sont infiltrés d'éléments fibro-plastiques et d'un liquide albumineux analogue à la sérosité du sang. Les indurations tranchent, par leur contour, leur dureté, leur résistance aux injections les plus fines, avec le tissu sain de l'organe.

5° *Hydropisies.* L'hydrocéphalie, l'hydrorachis, l'hydrothorax, l'ascite, les kystes, sont des affections assez communes chez le fœtus ; mais assez souvent elles apportent un obstacle à l'accouchement, nous les décrirons donc avec la dystocie (voy. *Dystocie*).

6° *Fractures spontanées.* On a cité quelques faits de fractures spontanées, presque toujours multiples sur le même fœtus. Chaussier a vu, en 1803, à l'hospice de la Maternité, un enfant qui vint au monde après un accouchement prompt et facile sans qu'aucune violence eût été exercée sur lui, et qui avait quarante-trois fractures, tant au crâne que sur d'autres parties du squelette. De ces fractures, les unes étaient récentes, les autres présentaient un commencement de cal, quelques-unes étaient complétement consolidées. Le même observateur a recueilli un fait encore plus extraordinaire. Le fœtus qui en fait le sujet fut expulsé après un tra-

vail extrêmement court et facile; né faible et d'une couleur bleuâtre, il ne tarda pas à succomber. Cet enfant fixa surtout l'attention par son extrême brièveté et une mobilité insolite dans la continuité des os. Chaussier constata sur le squelette cent treize fractures réparties sur les différents os du crâne, de la poitrine et des membres (Jacquemier). Les causes de cette singulière lésion sont ignorées; il faut probablement y voir un arrêt de développement du tissu osseux plus souvent qu'une véritable fracture.

7° *Amputation complète ou incomplète des membres.* Des faits non moins curieux que le précédent sont ceux dans lesquels des enfants naissent avec un membre amputé à une hauteur variable, avec une cicatrice au centre du moignon. Chaussier a observé trois fœtus privés de la main et d'une partie de l'avant-bras. Dans l'un de ces cas, on trouva sur la face fœtale du placenta un petit cylindre osseux qu'on reconnut être une portion du radius. Le moignon, en voie de cicatrisation, était recouvert à son centre de bourgeons charnus. Watkinson, appelé en 1824 auprès d'une femme enceinte pour la première fois et dont la grossesse n'avait rien offert de particulier, reçut un enfant né prématurément, qui succomba vingt minutes après sa naissance. La jambe gauche de cet enfant semblait avoir été amputée à peu de distance au-dessus des malléoles. Il trouva dans le vagin le pied, qui était plus petit que l'autre, mais qui ne présentait d'ailleurs aucune trace de gangrène et aucune altération de couleur et de consistance; les deux surfaces de section, celle qui correspondait au pied aussi bien que celle qui correspondait à la jambe, étaient presque cicatrisées; l'une et l'autre offraient deux petits saillies formées par les extrémités des os. Montgomery, dans un travail sur ce sujet, rapporte deux faits à peu près semblables aux précédents: les pieds détachés furent expulsés avant le fœtus; sur l'un, la cicatrice était complète, et très-avancée sur l'autre (Jacquemier). Il serait facile, mais il est inutile, je pense, de citer d'autres exemples de ce vice de conformation.

L'amputation spontanée, au lieu d'être complète, est quelquefois incomplète, c'est-à-dire qu'on trouve sur les membres des sillons plus ou moins profonds, qui vont quelquefois jusqu'aux os.

Comment expliquer cette singulière lésion? On a pensé que ces amputations pouvaient être faites par quelques circulaires du cordon, qui agiraient sur les membres du fœtus comme une ligature qu'on applique sur le pédicule d'une tumeur; mais il est fort difficile d'admettre que la pression exercée par la tige ombilicale puisse être assez énergique pour causer l'amputation d'un membre sans amener en même temps l'arrêt de la circulation placentaire. Montgomery a donné une explication qui est plus acceptable; suivant cet auteur ces amputations sont produites par d'autres liens constricteurs que le cordon : dans plusieurs observations on a en effet trouvé des brides fibreuses dont l'origine est fort obscure, mais qui étreignaient les membres comme de véritables liens; il en résulterait une amputation tantôt incomplète, tantôt complète, suivant le degré de constriction. Disons toutefois que l'existence de ces brides n'a pas été constatée dans tous les cas et que l'étiologie des amputations spontanées est fort incertaine. Il n'est pas possible d'affirmer, dit M. Jacquemier, qu'elles soient dans tous les cas le résultat mécanique d'un agent constricteur; elles peuvent dépendre d'une lésion locale profonde et du resserrement que produit sur la peau un travail de cicatrisation étendue.

§ II. — Mort du fœtus.

Les causes de la mort de l'embryon et du fœtus sont nombreuses; nous n'essayerons pas de les énumérer ici; nous renvoyons aux chapitres où nous avons étudié les maladies de la mère, celles de l'œuf et du fœtus, ainsi qu'au chapitre qui sera consacré à l'avortement. Il faut d'ailleurs avouer que bien souvent la

cause de cette mort nous échappe, et qu'on ne trouve rien qui puisse l'expliquer d'une manière satisfaisante. Au milieu de ces faits restés inconnus, il en est qui ont attiré l'attention par la persistance avec laquelle ils se reproduisent chez la même femme dans plusieurs grossesses successives. J'ai vu moi-même une femme bien portante qui eut treize grossesses successives, pendant lesquelles le fœtus succomba dans le dernier mois de la vie intra-utérine, sans cause appréciable. Depuis Denman, on a pensé qu'on pourrait dans ces cas avoir utilement recours à l'accouchement prématuré. Nous rappellerons aussi (voy. p. 256) que dans les grossesses gémellaires l'un des fœtus succombe quelquefois et se momifie, pendant que l'autre se développe régulièrement. Ce n'est qu'après l'accouchement qu'une pareille lésion peut être reconnue.

La mort du fœtus n'est pas toujours facile à diagnostiquer; on la soupçonnera quelquefois lorsqu'il cesse de remuer, surtout après avoir présenté une activité et une agitation insolites. D'autres fois les mouvements spontanés deviennent progressivement plus rares et plus faibles, pour disparaître enfin définitivement. Mais il ne faut pas attacher trop de valeur à ce signe, parce que les mouvements du fœtus sont soumis à de nombreuses anomalies au milieu de la santé la plus parfaite. L'auscultation du cœur fœtal donne de meilleurs renseignements. En se plaçant à ce point de vue, dit M. Depaul, il faut mettre de côté les trois premiers mois de la grossesse pendant lesquels l'auscultation est impuissante à percevoir le bruit qui résulte des mouvements du cœur, et se souvenir que les cas où l'on ne peut l'entendre sont encore assez nombreux jusqu'à quatre mois. Mais dans la dernière moitié de la gestation les conditions sont bien différentes; le succès de l'examen stéthoscopique constitue la règle, et l'insuccès doit être regardé comme une exception fort rare. Cependant, puisque l'exception peut exister, il devient impossible de donner à l'auscultation des bruits du cœur, quand on veut déterminer si le fœtus est mort ou vivant, une valeur absolue; mais on aurait tort de ne pas lui accorder une très-grande importance, car elle conduit dans l'immense majorité des cas à des probabilités qui équivalent pour ainsi dire à la certitude, et elle permet, par conséquent de résoudre des questions d'un haut intérêt pratique (Depaul, *Traité d'auscultation*). Sur 67 femmes dont la grossesse avait dépassé la fin du cinquième mois et chez lesquelles M. Depaul n'entendit pas les battements du cœur, trois seulement accouchèrent d'enfants vivants.

Du reste, les phénomènes que la femme éprouve après la mort du fœtus sont fort singuliers : le ventre s'affaisse au lieu de prendre du volume; les seins, qui s'étaient développés pendant la grossesse, s'amoindrissent; la femme ressent des pesanteurs dans les lombes et un poids insolite dans le bas-ventre; un véritable corps inerte, placé dans l'utérus, y obéit aux lois de la pesanteur et tombe du côté où la femme s'incline quand elle se retourne dans son lit.

A ces premiers symptômes viennent bientôt s'en joindre de nouveaux : si la grossesse est un peu avancée, tout se passe absolument comme si l'expulsion de l'œuf avait eu lieu, à l'exception de l'écoulement des lochies. Ainsi, quarante-huit ou cinquante heures après la mort de l'enfant, les seins se gonflent, les phénomènes de la fièvre de lait se manifestent, la sécrétion laiteuse s'établit, puis les seins s'affaissent, et tout rentre dans l'ordre.

La rétention plus ou moins prolongée du fœtus mort ne cause, en général, aucun accident fâcheux, et les auteurs me semblent avoir singulièrement exagéré sur ce point. Suivant eux, en effet, la femme devient triste, inquiète et de mauvaise humeur; elle a des lassitudes et des retours alternatifs de chaleur et de

froid, de l'oppression à l'épigastre, de la céphalalgie, des syncopes et des palpitations de cœur; la face est pâle, les yeux sont ternes et s'entourent d'un cercle livide; l'haleine est fétide, le pouls fréquent et irrégulier: tous ces phénomènes généraux d'une fièvre lente ont même été considérés par eux comme autant de signes rationnels de la mort du fœtus. Certainement ils manquent le plus souvent. La plupart des femmes, quand on est parvenu à calmer leurs craintes, n'éprouvent rien de semblable: j'en ai vu plusieurs porter plusieurs mois un fœtus mort sans s'en douter, et quelques-unes même s'applaudir de l'amélioration survenue dans leur état général, grâce à la disparition subite des troubles sympathiques de la gestation. Au bout d'un temps variable, un nouveau travail se déclare, et l'avortement a lieu. On peut s'expliquer alors, en examinant le cadavre du fœtus, comment son séjour si longtemps prolongé dans la cavité utérine a pu être complétement inoffensif pour la santé de la mère. Le fœtus n'est pas, en effet, putréfié, et la preuve, c'est qu'il ne présente aucune mauvaise odeur. Les parties solides subissent une transformation particulière, et le corps offre quelque chose d'analogue à un cadavre qui a longtemps séjourné dans l'eau.

Le fœtus resté dans l'utérus, protégé de toutes parts contre le contact de l'air, n'est pas putréfié, il est macéré. Suivant la remarque judicieuse de M. Martin (de Lyon), le mode d'altération qu'éprouve l'enfant mort dans la matrice varie d'ailleurs suivant l'époque de la grossesse où il a cessé de vivre. Ainsi, dans les premiers temps de sa formation, lorsque son organisation offre peu de consistance et se rapproche de l'état mucilagineux, il se dissout dans l'eau de l'amnios qui s'épaissit et prend les caractères d'une dissolution gommeuse. On ne trouve plus alors aucune trace d'embryon dans la cavité amniotique. A une époque un peu plus avancée, c'est-à-dire du deuxième au cinquième mois, il se flétrit, se ride, se dessèche. Il ressemble alors à une petite momie de couleur jaune, ou bien à un fœtus conservé depuis longtemps en macération dans l'alcool. Le placenta participe souvent à cet état de dessèchement, et l'eau de l'amnios manque et se trouve remplacée par une humeur épaissie et comme terreuse qui incruste le fœtus. (*Mém. de méd. et de chir. prat.*, p. 96.)

Après le cinquième mois, un enfant macéré dans l'utérus présente un aspect tellement différent d'un enfant putréfié à l'air libre, qu'il suffit d'avoir bien observé cet état une ou deux fois pour ne jamais s'y méprendre. Qu'on se figure le petit cadavre étendu sur une table, on sera frappé de la flaccidité des parties molles; elle est telle que sa tête s'aplatit sur elle-même sous l'influence de la pesanteur, quelle que soit du reste la position qu'on lui donne. Les parties molles du thorax dessinent les côtes; le devant de la poitrine est fortement aplati; l'abdomen affaissé, presque creux au voisinage du nombril, et formant sur les flancs deux saillies largement arrondies; les membres eux-mêmes présentent le même affaissement. La coloration de la peau est surtout remarquable: souvent elle est limitée à l'abdomen, à moins que l'enfant mort n'ait séjourné très-longtemps dans l'utérus. La peau de cette partie présente une teinte rouge,

brunâtre, sans apparence de teinte verte. Cette teinte est moins prononcée à la poitrine, au cou, à la tête et aux membres; mais elle existe cependant. Ce n'est pas la couleur brunâtre qui succède à la putréfaction en vert, c'est un rouge brun beaucoup plus vif. Le cordon n'est pas tordu sur lui-même; il forme un véritable cylindre charnu, mollasse, rougeâtre, imprégné d'un fluide brunâtre. L'épiderme est détaché dans une étendue plus ou moins considérable de la surface du corps; là où il existe encore, il se détache avec une grande facilité et laisse à nu le derme humide, gluant et comme lubréfié d'un liquide muqueux; alors la couleur de la peau prend l'aspect d'un rose vif. L'épiderme des pieds et des mains est blanc, épaissi, et comme plissé par des cataplasmes. Le tissu cellulaire sous-cutané est infiltré de sérosité rougeâtre; il en est de même de celui qui sépare les muscles, et quelquefois du tissu musculaire lui-même. Les os de la tête sont lâchement unis entre eux; leur périoste se détache facilement; ils sont mobiles les uns sur les autres; le tissu cellulaire qui tapisse le cuir chevelu est infiltré d'une sérosité qui ressemble à de la gelée de groseille. Enfin, si l'on veut déplacer ou soulever le fœtus, il coule et glisse des mains comme le font les poissons qui vivent encore quelque temps hors de l'eau, à cause du fluide muqueux qui tapisse leur surface. (Devergie, *Méd. lég.*)

Lorsque la vie du fœtus a cessé, il n'est plus pour la matrice qu'un corps étranger qui sera bientôt expulsé; mais le moment de l'expulsion est très-variable et l'avortement a lieu tantôt après quelques jours, tantôt après quelques semaines, quelquefois un mois et même plus. Les phénomènes qui se produisent alors sont ceux de l'avortement ou de l'accouchement suivant l'âge du fœtus au moment où il a été frappé de mort (voy. *Avortement*).

CHAPITRE V

DE L'AVORTEMENT

On donne le nom d'*avortement* à l'expulsion du fœtus, lorsqu'elle survient à une époque de la grossesse où il n'est pas encore viable. L'avortement peut avoir lieu depuis le commencement de la grossesse jusqu'à la fin du sixième mois (1). Les anciens lui donnent le nom d'*effluxion*, quand il survient avant le septième mois. M. Guillemot, dans un article récent et fort remarquable, a admis trois espèces d'avortement, suivant l'époque à laquelle il s'opère: ainsi, il l'appelle avortement *ovulaire* quand il s'effectue avant le vingtième jour de

(1) Nous plaçons au septième mois l'époque de la viabilité. Nous savons bien qu'on a cité quelques cas où les fœtus nés à six ou même cinq et quatre mois ont vécu; mais ces faits, dont quelques-uns n'ont pas toute l'authenticité désirable, sont trop rares pour pouvoir infirmer la règle si générale que nous rappelons.