

On peut donc craindre l'altération fibro-graisseuse du placenta, la prévoir même, mais comment la prévenir? Quelle conduite tenir lorsqu'une nouvelle grossesse commence?

Voici comment le docteur Millet a résumé les conseils donnés par M. Dubois à ses élèves en pareille circonstance: Recommander à la femme d'éviter toute espèce de fatigue, prescrire le décubitus horizontal et une alimentation un peu restreinte pour modérer la circulation. On pratique en même temps une saignée dérivative de 30 à 50 grammes, suivie, le jour d'après, d'une saignée semblable; puis à ce traitement, en apparence débilitant, M. Dubois, sans craindre d'être taxé de contradiction, ajoute l'emploi du fer; il lui a semblé en effet que les femmes étaient prédisposées à cet état par un certain degré d'appauvrissement du sang. L'usage de cette médication aurait eu pour effet, dans plusieurs cas, de placer les malades dans des conditions meilleures.

ARTICLE III

ÉPANCHEMENTS DE SANG DANS LE PLACENTA

L'hémorragie utéro-placentaire sera étudiée dans son ensemble quand nous décrirons l'avortement ou les hémorragies qui accompagnent l'accouchement (voy. *Avortement et Dystocie*); nous devons cependant parler ici de quelques épanchements de sang qui se présentent avec des caractères qui méritent de fixer l'attention d'une manière particulière. Ces épanchements dans le tissu placentaire offrent, tant sous le rapport de leur siège que de leur forme, des différences assez grandes qui dépendent principalement du développement plus ou moins avancé du placenta. Ainsi, le sang est-il retenu dans des foyers circonscrits, creusés dans l'épaisseur même du placenta, l'hémorragie prend le nom d'apoplexie placentaire, qui lui a été donné par M. Cruveilhier; nous la décrirons dans le paragraphe suivant. Jusqu'au troisième mois, au contraire, non-seulement le sang s'épanche dans le placenta, mais il peut encore s'étendre au delà de ses bords et occuper toute la surface externe du chorion. C'est de cette dernière variété d'hémorragies que nous nous occuperons tout d'abord.

L'hémorragie utéro-placentaire a été très-bien étudiée et décrite par M. Jacquemier; nous ne pouvons donc mieux faire que d'emprunter à cet auteur plusieurs passages de sa description. Jusqu'au troisième mois, avons-nous dit, le sang qui s'épanche dans le placenta a la plus grande tendance à s'étaler en nappe à la surface du chorion; il est presque impossible, en effet, qu'il en soit autrement: dans le principe, les villosités placentaires ne sont pas encore soudées entre elles par le tissu amorphe qui les réunira plus tard en lobes compactes; à la circonférence, le placenta n'est pas encore exactement limité et il n'y a aucune démarcation bien tranchée entre les villosités placentaires et les villosités choriales qui doivent disparaître plus tard; toute la surface du chorion est, à cette époque, recouverte de prolongements qui produisent un certain écartement entre la surface externe de cette membrane et la caduque réfléchie, jusqu'au moment où l'atrophie de ces villosités amènera la caduque ovulaire et le chorion en contact immédiat. Survient-il une rupture dans les vaisseaux utéro-placentaires en voie de formation ou d'une existence récente? le sang qui s'en écoulera baignera toutes les touffes vasculaires du placenta et les villosités choriales en s'étendant en nappe entre la caduque ovulaire et le chorion. Dans ces conditions, l'œuf abortif a souvent à l'extérieur une apparence charnue; sa surface est plus ou moins bleuâtre et noirâtre; ses parois forment une coque plus ou moins épaisse, plus ou moins dure.

S'il est entier, et qu'on l'étudie avec soin, on trouvera assez souvent à la surface externe du placenta des déchirures étroites qui pénètrent dans des foyers et qui sont fermées ou non par du sang coagulé; mais fréquemment aussi il n'y existe aucune déchirure, quoique le placenta offre profondément des foyers sanguins circonscrits ou des infiltrations diffuses étendues. Si l'on dépouille l'œuf des lames de la caduque, on trouve toute la surface du chorion, y compris le point occupé par le placenta, recouverte par du sang coagulé et fortement retenu par les ramifications vasculaires du placenta et les villosités du chorion qui sont emprisonnées dans son épaisseur; le chorion et l'amnios sont intacts, le liquide amniotique un peu coloré en rouge par imbibition. Lorsque l'embryon est très-jeune, on le trouve quelquefois complètement dissous, ne laissant souvent pour trace de son existence qu'un très-petit bout de cordon qui tient au placenta par quelques fragments d'un tissu très-mou, ou bien seulement l'eau de l'amnios un peu plus épaisse, ressemblant par sa consistance à une solution de gomme. Si la consistance de l'embryon est plus grande, on le trouve à l'état normal ou plus ou moins flétri et macéré, suivant que l'époque de sa mort est plus ou moins ancienne. Le sang qui recouvre toute la surface du chorion forme tantôt un coagulum ferme et dur qui se décolore quelquefois dans quelques-unes de ses parties et ressemble à la couenne du sang de la saignée; tantôt il est mou et représente un liquide noir, épais, granuleux. La quantité de sang épanché est très-variable et la couche qu'il constitue peut n'avoir que 2 à 4 ou 20 ou 30 millimètres d'épaisseur. Dans ce dernier cas, les extrémités des villosités ont perdu leur rapport avec la caduque réfléchie et la caduque inter-utéro-placentaire; il s'est produit alors un écartement artificiel de l'interstice qui, à l'état normal, est très-étroit. Cette couche n'a pas toujours la même épaisseur sur tous les points: le sang peut être accumulé en plus grande quantité sur quelques-uns, le plus souvent sur ceux qui répondent au placenta. Les œufs qui ont éprouvé cette altération se présentent quelquefois à l'observateur sous un autre aspect: si pendant leur expulsion ils se dépouillent de la membrane caduque, comme cela arrive fréquemment, ils ont l'aspect d'un caillot sanguin; mais par la dissection et le lavage, on retrouve bientôt dans leur épaisseur les ramifications vasculaires du placenta et des villosités choriales, qui montrent que le siège de l'épanchement est le même que dans le cas précédent et qu'on n'a pas affaire à des œufs pourvus de leur caduque et enveloppés dans un caillot de sang.

À une époque un peu plus avancée de la grossesse, dans le troisième et le quatrième mois, l'épanchement s'étend beaucoup moins loin sur la surface du chorion et tend à rester limité dans le placenta; il dépasse encore quelquefois ses bords en présentant dans divers sens des traînées qui s'avancent plus loin. L'épanchement est ainsi limité parce que l'atrophie des villosités choriales a rapproché le chorion de la caduque réfléchie, qui sont assez solidement unis; l'écartement n'existe plus que vers le bord du placenta dans une étendue variable. Quoiqu'on puisse supposer que ces épanchements se fassent avec une certaine force, ils ne rompent pas en général les enveloppes membraneuses qui les limitent. Cependant il n'est pas rare que le feuillet réfléchi de la caduque se déchire et que le sang pénètre dans la cavité de la caduque, et même qu'il se fasse jour jusqu'à la face interne de l'utérus. Ce n'est qu'exceptionnellement qu'il déchire le chorion et l'amnios; cependant M. Gendrin paraît avoir observé quelques cas semblables et avoir trouvé du sang épanché entre le chorion et l'amnios, et même dans la cavité de l'amnios, où il enveloppait de toutes parts l'embryon. Dans les périodes de la vie fœtale que nous venons d'embrasser, il n'est pas douteux que le sang épanché ne provienne de la rupture des vaisseaux utéro-placentaires, même lorsqu'on ne peut constater aucune déchirure à la surface externe du placenta. Il est de toute impossibilité de supposer que le sang soit fourni par les vaisseaux ombilicaux, car

nous avons vu que dans quelques cas l'embryon est encore si peu développé qu'il ne tarde pas à tomber en dissolution, et dans les autres la quantité du sang épanché dépasse ordinairement de beaucoup le volume de l'embryon tout entier. La lésion des vaisseaux ombilicaux, si elle existe quelquefois, n'est que consécutive à celle des vaisseaux utéro-placentaires; alors le sang du fœtus peut venir se mélanger à celui qui est fourni par la mère.

Une semblable altération, avec l'étendue que nous venons de lui supposer, a pour effet ordinaire d'interrompre la vie fœtale, mais l'expulsion de l'œuf est plus tardive. Le sang épanché, n'étant pas en contact avec les parois de l'utérus, ne provoque pas immédiatement la contraction de cet organe; assez souvent au moment de l'avortement le sang commence déjà à se décolorer et à présenter d'autres changements qui supposent une hémorrhagie de date ancienne. Il ne paraît pas impossible que la gestation continue si l'épanchement de sang est peu considérable (Jacquemier).

Apoplexie placentaire.

C'est encore le livre de M. Jacquemier qui nous guidera dans la description de l'apoplexie placentaire. A partir du milieu de la vie intra-utérine, le placenta continue à être assez souvent le siège d'épanchements sanguins, mais ces épanchements présentent cela de particulier qu'ils cessent de s'étendre au delà de ses bords entre le chorion et la caduque qui sont déjà solidement unis. Les épanchements, au lieu d'être diffus et d'occuper la plus grande partie ou la totalité du placenta, sont plus nettement circonscrits et limités dans les lobes où s'est faite la rupture des vaisseaux; mais ils conservent toujours une grande tendance à s'étendre vers la face fœtale du placenta. Ces épanchements se présentent d'ailleurs avec des formes différentes qu'on peut rattacher à trois variétés principales.

Dans la première variété, il n'y a pas, à proprement parler, de foyer; le sang est infiltré dans un ou plusieurs lobes du placenta, dont le tissu semble raréfié; il est plus abondant sur quelques points où il forme de petits foyers remplis d'un fluide très-noir, qui prend dans quelques cas l'aspect d'une gelée peu consistante (Jacquemier).

Dans la seconde variété, le sang épanché se creuse une cavité fort irrégulière qui envoie des prolongements dans plusieurs directions; les parties voisines sont infiltrées, teintes en rouge dans une étendue assez considérable. Les foyers sont habituellement assez grands et communiquent le plus souvent avec la surface externe du placenta, qui offre ordinairement une déchirure plus ou moins large et un décollement dans la partie correspondante; ils sont réguliers et se produisent de préférence vers le bord du placenta, dans le voisinage de la veine coronaire, qui offre quelquefois une rupture qui communique avec le foyer. Lorsqu'ils correspondent au centre du placenta, ils s'étendent facilement jusque sur la face externe du chorion, et s'ils ont des rapports avec le point où les principales branches du cordon traversent le chorion, on voit quelquefois un peu de sang imbiber dans une étendue variable les tissus qui entourent la veine et les artères ombilicales à la naissance du cordon. Plusieurs observations ont déjà signalé cette circonstance. M. Gendrin a publié une observation de ce genre très-intéressante: le cordon, sur une longueur de 2 à 3 pouces, à partir du foyer du placenta, était infiltré de sang, sans que ni la veine ni les artères ombilicales présentassent de déchirure. Ces foyers irréguliers, dans le tissu du placenta, peuvent être simples ou multiples, de même âge ou produits à des époques différentes.

La troisième variété est la plus remarquable: les foyers sont nettement circonscrits et réguliers, alors même que l'épanchement paraît très-récent; ils sont

ordinairement multiples, et l'aspect du sang qu'ils contiennent annonce des formations successives. On en compte assez souvent jusqu'à sept ou huit dans le même placenta, et quelquefois une vingtaine; leur nombre peut être plus considérable encore. Simpson a vu un placenta de quatre mois dans lequel ils étaient tellement multipliés, qu'on n'apercevait, en le coupant, qu'une infinité de petits caillots arrondis, distincts, mais serrés les uns contre les autres (*Dictionnaire en 30 volumes*). Les caillots les plus volumineux ne dépassent guère le volume d'un œuf de pigeon; d'autres ne sont pas plus gros qu'un grain de millet ou de chènevis, ou présentent un volume intermédiaire. Ils sont à des profondeurs inégales; les uns s'étendent jusqu'à la face interne du placenta, d'autres se rapprochent de la face utérine, avec laquelle quelques-uns communiquent par une ouverture étroite et irrégulière. Le tissu du placenta qui les environne est à l'état normal; le sang ne s'est extravasé qu'à quelques lignes seulement en dehors du foyer. C'est par leur circonférence que ces caillots réguliers commencent à se décolorer, de manière qu'à une certaine époque la cavité présente une pellicule blanche, mince, se séparant plus facilement du caillot que du tissu placentaire (Jacquemier).

Jusqu'à présent nous avons dit que le tissu placentaire qui entoure les foyers est à l'état sain; il n'en est pas toujours ainsi. On se rappelle, en effet, qu'il n'est pas rare de trouver des foyers apoplectiques au centre des cotylédons atteints d'oblitération fibreuse des villosités (voy. page 559). Il se forme dans ces placentas de tout petits foyers réguliers, renfermant des caillots de sang qui représentent assez exactement la forme des grains de raisin noir, suivant la comparaison de M. Jacquemier.

Le sang épanché dans le tissu du placenta, lorsque l'œuf n'est pas expulsé, se divise en partie solide et en partie liquide. Le sérum s'infiltré au loin et disparaît; la partie solide, réunie en caillot, se resserre, devient plus dense et diminue un peu de volume, en se décolorant de plus en plus. L'importance des changements consécutifs qui surviennent dans le sang épanché dans le tissu placentaire a cependant été fort exagérée; on a dit que la transformation de ce sang pouvait être complète et produire des masses blanchâtres, homogènes, comparables à du pus concret ou à de la matière tuberculeuse, mais il est évident que dans ce cas on a rapporté à l'apoplexie placentaire les lésions produites par l'oblitération fibreuse des villosités (voy. page 558).

Nous avons dit que l'hémorrhagie utéro-placentaire de la première moitié de la grossesse reconnaît pour cause la rupture de quelques vaisseaux maternels et plus particulièrement des veines, et qu'il est rare que le sang provienne des vaisseaux ombilicaux. Nous pensons qu'il en est de même pour l'apoplexie placentaire.

Les diverses espèces de foyers apoplectiques du placenta peuvent coïncider avec la lésion qu'on rencontre dans les hémorrhagies utérines soit internes, soit externes, c'est-à-dire avec un décollement partiel ou complet du placenta et la présence d'un caillot plus ou moins volumineux dans cette cavité artificielle, avec des traînées de sang coagulé qui s'étendent entre la face interne de l'utérus et la caduque utérine jusqu'au col. L'œuf est alors expulsé prématurément, avec les symptômes d'une hémorrhagie utérine ordinaire. Mais les épanchements placentaires produisent rarement des altérations aussi étendues; ils sont presque toujours limités et compatibles avec la continuation de la gestation. L'influence de l'apoplexie placentaire varie d'ailleurs suivant l'époque de la grossesse, le nombre et l'étendue des épanchements, la répétition plus ou moins fréquente des accidents. Si les foyers sont petits et peu nombreux, une assez grande partie du placenta conserve sa structure naturelle et son aptitude à remplir ses fonctions. Non-seulement le fœtus continuera de vivre, mais sa nutrition ne souffrira pas ou souffrira peu. Dans le cas contraire, s'il ne meurt pas, il naîtra faible, chétif, amaigri.

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 répètera à des intervalles plus ou moins rapprochés.

CHAPITRE IV

MALADIES ET MORT DU FŒTUS

§ 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 siège 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 sont saillies 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 flots 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'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 décrivons 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 complètement consolidées. Le même observateur a recueilli un fait encore plus extraordinaire. Le fœtus qui en fait le sujet fut expulsé après un tra-