

Il est évident que tous ces chiffres sont approximatifs. Il y a tant de causes d'erreurs, et de si grandes différences entre les enfants, que les résultats doivent être fort peu précis. Il est impossible, dans la plupart des cas, de savoir, à quelques jours près, la date de la fécondation, le moment de la rencontre entre les spermatozoaires et l'ovule; l'époque *exacte* de la grossesse n'est donc pas bien déterminée. De plus, les différents tableaux que donnent les auteurs sont loin de s'accorder et peuvent, du reste, difficilement être comparés à cause des divers modes de calculer : les uns parlent de mois lunaires, comme la plupart des auteurs allemands; les autres ont en vue des mois solaires, mais tantôt ils prennent le commencement, tantôt la fin du mois. Les chiffres que nous avons indiqués plus haut se rapportent à la fin du mois; ainsi quand nous disons que le fœtus de 3 mois présente telles modifications, nous voulons dire 3 mois pleins, c'est-à-dire 90 jours après l'époque présumée de la conception.

Comme exemple des nombreuses variations qui sont constamment observées, prenons le fœtus à terme : nous avons dit qu'il pèse en moyenne 3250 grammes et mesure 50 centimètres. Mais souvent les filles pèsent moins que les garçons, et les enfants viennent plus ou moins gros selon les pays; de sorte que les statistiques des auteurs présentent forcément des différences plus ou moins importantes. Les enfants des primipares sont d'habitude un peu plus petits que ceux des multipares, et voici à ce sujet le résultat de nos recherches à la Maternité de Liège :

SEXE DE L'ENFANT	CHEZ LES PRIMIPARES		CHEZ LES MULTIPARES	
	Poids	Longueur	Poids	Longueur
Garçons	3212 gram.	49 1/2 centim.	3419 gram.	51 centim.
Filles	3058 »	49 »	3184 »	49 1/2 »

Les chiffres de Tarnier, pour la Maternité de Paris, ne diffèrent pas beaucoup des nôtres.

M. Pinard a, de plus, constaté que les femmes ayant travaillé jusqu'au moment de l'accouchement ont des enfants moins développés. (*Académie de médecine de Paris, séance du 6 novembre 1895*).

On a vu des enfants à terme qui ne pesaient guère que 2000 grammes, surtout dans les grossesses multiples. On en voit qui atteignent quatre kilogrammes et ce sont déjà de bien gros enfants; d'autres arrivent à 4 1/2 et même 5 kilogrammes; ils sont énormes et ne sortent pas facilement; on en a cité de 6 kilogrammes, de 7 kilogr., et Cazeaux affirme en avoir mis un au monde dont le poids était de 9 kilogrammes. Ce sont là des cas tout à fait extraordinaires, et pour que de pareils enfants puissent traverser

le bassin, celui-ci doit présenter des dimensions exceptionnelles. Il faut toujours se méfier du public qui aime le merveilleux et débite à plaisir les faits les plus invraisemblables; si l'on en croyait les racontars, ces enfants colosses seraient communs, parce qu'on se contente de les prendre en main, d'évaluer leur poids au hasard et d'exagérer pour être agréable aux parents; d'autres répètent le chiffre en l'augmentant encore un peu, de sorte que bientôt on arrive à des poids fantastiques, qui sont affirmés par les ignorants de la façon la plus catégorique. Dans de pareils cas, il faut peser avec la plus grande attention, se servir de bons poids et d'une balance irréprochable.

La longueur du fœtus à terme varie moins que le poids; c'est pourquoi les enfants très lourds sont en même temps très gros. Elle oscille entre 48 et 52 centimètres; on en a cité de 55 et même de 60 centimètres, mais ce sont de très rares exceptions.

M. Maygrier a rapporté dernièrement (*Société obstétricale de Paris, 12 février 1891*) l'observation d'un fœtus du sexe féminin, pesant 6750 grammes et mesurant 58 centimètres; il avait succombé au début du travail et a été difficilement extrait par les pieds. Le diamètre bipariétal ne mesurait que 10 centimètres, alors que le bisacromial en avait 18 et le bitrochantérien 17.

Viabilité du fœtus.

Le fœtus viable est celui qui possède toutes les qualités nécessaires pour parcourir une carrière (via) humaine ordinaire.

Il faut donc que les organes soient suffisamment développés pour exercer leurs fonctions après la naissance; il ne doit pas exister de vice de conformation ni de maladie pouvant compromettre l'existence à court délai.

Précédemment les accoucheurs n'admettaient la viabilité qu'à 7 mois révolus et les faits leur donnaient raison. Mais depuis quelques années, grâce à une puériculture plus soignée, on est parvenu à faire vivre plusieurs nouveau-nés de 6 à 7 mois de gestation. Du reste, les législateurs prudents, devant prévoir les cas exceptionnels, ont depuis toujours fixé la viabilité légale à 6 mois seulement; il s'ensuit que si une femme accouche avant 180 jours de mariage et que l'enfant soit déclaré viable, le mari *peut* le désavouer comme n'étant pas de lui, tandis qu'à dater de ce moment, il *doit* en accepter la paternité.

Il faut savoir que même les enfants de 7 mois ne vivent pas facilement, et doivent être l'objet de soins spéciaux que nous indiquerons plus loin; bien peu parviennent à se développer. A 7 1/2 mois, les chances sont plus nombreuses et elles augmentent au fur et à mesure qu'on se rapproche du terme.

Hippocrate enseignait que les enfants de 8 mois ne peuvent pas vivre et cette erreur est encore aujourd'hui accréditée dans le public. C'est le contraire qui est vrai : les enfants de 8 mois sont mieux constitués que ceux de 7, et l'observation de tous les jours prouve qu'ils vivent beaucoup plus souvent que ces derniers.

La viabilité du fœtus est déterminée bien plus par sa maturité, son organisation, son développement que par son âge : c'est ainsi qu'un fœtus de 9 mois peut être moins viable qu'un de huit.

Voici les signes de viabilité indiqués par l'expérience : l'enfant doit pouvoir agiter assez vigoureusement ses membres ; il doit avoir assez de force pour respirer complètement, pour pousser des cris, pour évacuer son méconium et son urine, pour teter ou du moins pour avaler. Il doit être long de 32 à 35 centimètres, peser 1 à 1 1/2 kilogramme, avoir des ongles, des cheveux, une peau assez ferme, qui ne soit plus rouge-cerise et qui soit recouverte d'un peu d'enduit sébacé ; les os du crâne doivent être assez résistants, les sutures et les fontanelles modérément larges.

Les anciens auteurs ont rapporté des cas où l'on aurait vu des enfants de 6 mois, de 5 mois, même de 4 1/2 mois, continuer à vivre ; mais ces faits ne présentent aucune authenticité et ne peuvent entrer en ligne de compte.

En revanche, on a relaté, dans ces dernières années, un certain nombre de faits absolument probants. M. Bailly a rapporté, en 1880, l'histoire d'un enfant qui avait au plus 6 mois et 21 jours de vie intra-utérine et qui, avec des soins assidus, a continué de vivre et de prospérer. (Voir *Journal d'Accouchements*, 1880, page 4). Le professeur Spath a publié, en 1882, un cas plus rare encore, puisque l'enfant était né pendant le sixième mois lunaire ; ce praticien éminent ajoute que son observation personnelle lui permet de regarder comme viable tout enfant qui est arrivé au 6^e mois (voir *id.*, année 1882, p. 270). M. Charpentier (V. son *Traité d'Accouchements*, t. I, p. 234) a vu un enfant né à 7 mois moins une semaine et ne pesant que 1040 gr., se développer tellement bien, qu'à deux ans il avait l'aspect des enfants de cet âge. M. Pinard, dans son article FŒTUS du *Dictionnaire Dechambre*, cite des fœtus de 1350, 1300 et même 1100 grammes qui ont pu être élevés. Nous en avons vu deux de 1400 gr., un de 1150 gr. et un de 1000 gr. qui ont quitté la Maternité de Liège en bon état le 10^e jour après leur naissance. Nous en avons vu un autre en ville venu accidentellement à 6 mois de grossesse et ne pesant que 1050 grammes : il a aujourd'hui 5 ans et se porte très bien. M. Auvard, dans son travail sur la couveuse des enfants, en indique une série ayant moins de 2000 grammes, qu'il est parvenu à sauver, grâce à la chaleur artificielle de son appareil ; le plus jeune avait 6 mois et 6 jours de vie

intra-utérine et pesait 1720 gr. ; le plus petit ne pesait que 1400 gr. et était né à 7 mois. Ces cas sont assez nombreux.

Après des recherches très longues et minutieuses que nous avons décrites en 1893 (voir *Journal d'Accouchements*, 1893, page 177), nous avons dressé le tableau suivant de viabilité moyenne, facile à retenir :

à 6	mois de grossesse (180 jours).	10 p. 100
à 6 1/2	»	(195 »). 20 » »
à 7	»	(210 »). 40 » »
à 7 1/2	»	(225 »). 75 » »
à 8	»	(240 »). 85 » »
à 8 1/2	»	(265 »). 95 » »

— Les trois premiers chiffres se doublent (10, 20, 40) ; le 4^e (75) a encore à peu près le double du 3^e ; puis on ajoute 10 (75, 85, 95). Il y a donc un écart très considérable entre la viabilité à 7 mois et 7 1/2 mois et par suite une importance énorme à gagner ces quinze jours lorsque c'est possible.

Quand les enfants sont obtenus par l'accouchement prématuré artificiel, dans les *bassins rétrécis*, les chances diminuent : ainsi en dessous de 7 centim. la viabilité n'est que de 5,40 p. 100 ; elle atteint 61,59 p. 100 à 7 centim. et au-dessus (*loc. cit.*, p. 192) ; nous reviendrons sur ces détails en parlant de cette opération.

On comprend que de pareils marmots exigent des précautions toutes particulières : il faut un allaitement par une bonne nourrice, ayant des bouts allongés et un lait coulant presque seul ; parfois même, on doit exprimer le liquide entre les lèvres de l'enfant, ou le lui donner à la cuiller, ou à l'aide d'une sonde ; les repas doivent être réguliers, rapprochés, peu abondants. Ces enfants ne produisant pas assez de chaleur, on doit les tenir dans une atmosphère tiède ; de là *utilité de la couveuse*, où la température est maintenue entre 30 et 35 degrés centigrades. Nous indiquerons plus loin les soins à donner à ces enfants débiles.

En 1895, plusieurs journaux ont reproduit une observation de M. le Dr Villemin, intitulée : *enfant né au 5^e mois de la grossesse et ayant continué à vivre*. Nous avons discuté ce cas et prouvé (*Journal d'Accouchements* 1895, p. 51) que le dit enfant était né au 7^e mois, c'est-à-dire à 6 mois bien révolus et peut-être même à 6 1/2 mois.

Pourquoi des enfants nés avant 6 mois et même souvent de 6 à 7 mois ne peuvent-ils pas vivre ? C'est que, à 6 mois, les alvéoles pulmonaires ne sont pas encore libres et sont remplies de cellules épithéliales ; l'hématose ne se fait donc pas ou se fait très incomplètement, les enfants restent bleus, cyanosés et ne tardent pas à succomber dans l'asphyxie. On a prétendu que la respiration bronchique peut suffire pendant quelques jours, en attendant que les alvéoles pulmonaires se soient débarrassées peu à peu de leur contenu. Les échanges doivent être là bien incomplets et insignifiants, incapables sans doute d'entretenir sérieusement la vie.

On peut admettre que les rares enfants de 6 à 6 1/2 mois qui continuent à vivre, sont ceux qui ont une organisation spéciale, plus avancée que de coutume, c'est-à-dire qui ont entr'autres les alvéoles pulmonaires libres en grande partie : de là l'importance du cri au point de vue du pronostic.

M. Pinard a fait observer que non seulement les enfants venus avant terme fournissent un chiffre élevé de mortalité, mais de plus que les vivants restent arriérés au double point de vue physique et intellectuel. Cela peut être assez exact pour les enfants venus avant 7 mois, mais certainement pas pour ceux qui sont nés après 7 à 7 1/2 mois ; nous avons pu en suivre un grand nombre et nous affirmons que, au bout de quelques mois à un an, la plupart ne pouvaient sous aucun rapport être distingués des enfants venus à terme.

De l'œuf à terme.

L'œuf à terme est constitué par des membranes d'enveloppe et un contenu. Les membranes, au nombre de trois, sont de l'extérieur à l'intérieur : la caduque, qui est d'origine maternelle ; le chorion et l'amnios, qui sont d'origine fœtale. Chacune forme un sac complet, mais les trois sont placées l'une en dedans de l'autre et adhèrent ensemble de façon à ne constituer qu'une seule poche (v. fig. 61, p. 132).

Le contenu est le cordon ombilical, le placenta et l'enfant entouré de toute part du liquide amniotique.

Membrane caduque.

C'est la plus externe ; elle est d'origine maternelle et constituée par la muqueuse utérine. On la considérait, auparavant, comme une membrane de nouvelle formation sécrétée par l'utérus, un produit plastique de la muqueuse ; c'est Coste qui en a le premier indiqué la nature exacte ; voici, d'après ce savant, comment elle se produit. Nous avons vu qu'au moment de la menstruation, la muqueuse utérine est gonflée, ramollie, hypertrophiée et forme à l'intérieur de l'organe des plis nombreux adossés les uns aux autres. Cette hyperémie cataméniale s'exagère et se prolonge lorsqu'il y a eu imprégnation ; de sorte que l'ovule fécondé, arrivant, 8 ou 10 jours après sa sortie de l'ovaire, dans la cavité de la matrice, est bientôt arrêté entre deux points opposés de la muqueuse, déprime celle-ci et s'y creuse une petite loge ou bien pénètre dans l'une des anfractuosités.

Dans l'un ou l'autre cas, les bords de la cavité où se trouve l'ovule, bourgeonnent, se rapprochent peu à peu et finissent par se rejoindre et se souder. L'ovule est alors complètement entouré par la muqueuse qui lui a créé une enveloppe nouvelle. A ce moment, la totalité de la muqueuse comprend trois portions distinctes :

1° Une partie amincie, lisse, dépourvue de glandes, qui entoure l'ovule ; c'est la *muqueuse ovulaire* ou *caduque réfléchie* ;

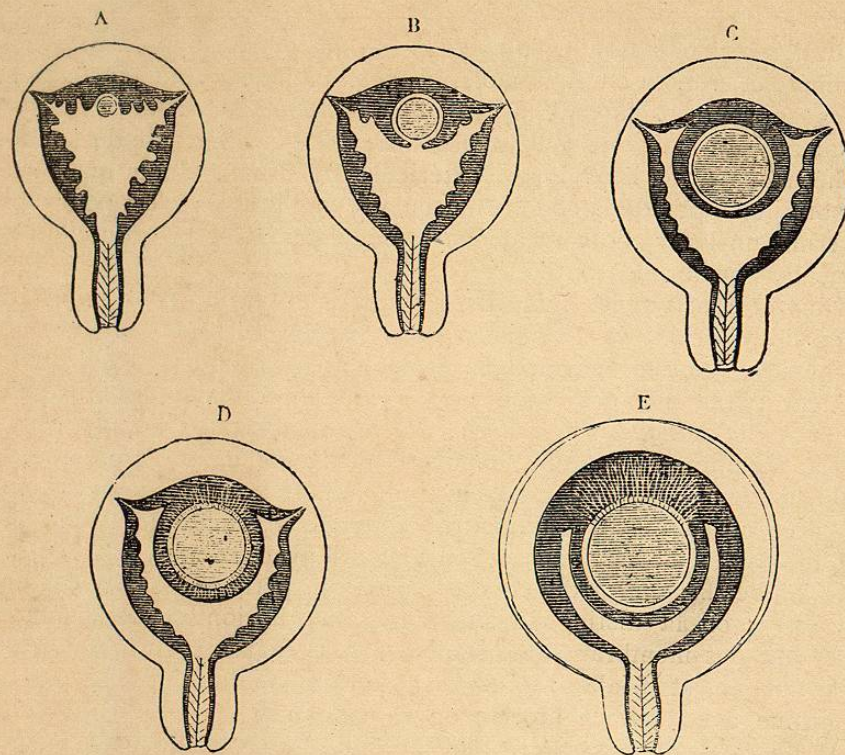


Fig. 91. — Formation de la caduque. — Les figures A, B, C, D, E sont des schémas destinés à faire voir les rapports que l'œuf contracte avec la muqueuse utérine. — A, l'œuf implanté dans une dépression de la muqueuse. — B, les bords de la dépression s'élèvent tout autour de l'œuf et l'enveloppent incomplètement. — C, l'œuf est entouré complètement par la caduque ovulaire ; celle-ci tend à se rapprocher de la caduque utérine. — D, la caduque ovulaire et la caduque utéro-placentaire sont traversées toutes deux par les villosités issues de la membrane vitelline. — E, les villosités de la caduque ovulaire ont disparu en même temps que son tissu s'est atrophié ; les villosités de la caduque utéro-placentaire se sont, au contraire, notablement accrues. (Tarnier et Chantreuil, *Traité de l'art des accouchements.*)

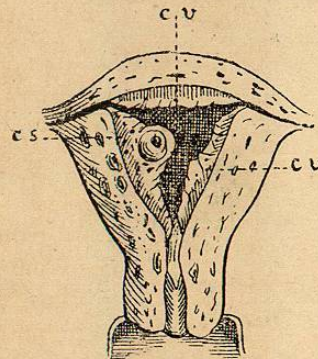


Fig. 92 — Implantation de l'œuf dans la caduque. — C U, caduque utérine. — C R, caduque réfléchie. — C S, caduque sérotine. — O, ovule.

2° Une partie qui tapisse les parois de la matrice ; c'est la *muqueuse pariétale*, aussi appelée *caduque vraie, utérine* ou *directe* ;

3° Une partie où l'ovule s'est implanté, dans laquelle les villosités choriales se développeront et formeront le placenta ; c'est la *muqueuse inter-utéro-placentaire*, qu'on nomme également *caduque placentaire* ou *sérotine*.

Les caduques ovulaire et utérine sont d'abord séparées par un certain espace, occupé par un peu de mucus ; jadis on supposait, à tort, qu'il se trouvait là un

liquide (l'hydropérione); à mesure que l'œuf se développe, l'intervalle diminue et, vers la fin du 3^e mois, les deux caduques sont en contact; elles se soudent bientôt après et se confondent si bien qu'elles forment désormais une seule membrane; celle-ci contracte de solides adhérences avec l'enveloppe extérieure de l'œuf, tandis qu'elle se sépare peu à peu de la couche musculaire de l'utérus; c'est pourquoi, à terme, un léger effort en amène le décollement et la caduque sort avec les membranes de l'œuf.

On voit donc que les muqueuses ovulaire et utérine sont expulsées avec le chorion de l'amnios; nous dirons bientôt comment la muqueuse sérotine accompagne également le placenta: c'est précisément parce que ces muqueuses s'exfolient qu'on leur a imposé le nom de *caduques* (de *caduca*, *cadere*, tomber).

La membrane caduque, expulsée au terme de la grossesse, a environ 1/2 millimètre d'épaisseur; elle adhère intimement au chorion et présente un aspect jaunâtre, couenneux, irrégulier; elle est molle, facile à déchirer, et, en raclant avec l'ongle, on l'enlève par lambeaux; on y voit encore parfois de petits vaisseaux remplis de sang; on la distingue sans peine du chorion et de l'amnios, qui sont des membranes résistantes et transparentes, tandis qu'elle est opaque et friable; près du placenta, elle s'épaissit et se continue avec la face utérine de ce gâteau.

Il ne faudrait pas croire que la chute de la muqueuse utérine, sous forme de caduque, laisse à nu la tunique musculaire. En effet, d'après Robin, une membrane de nouvelle formation se développe dès le 4^e mois entre la tunique musculaire et la caduque; elle est tout d'abord molle et glutineuse, puis se change peu à peu en une muqueuse nouvelle destinée à remplacer l'ancienne. D'après cet auteur, la caduque comprend donc toute l'épaisseur de la muqueuse utérine; il n'y aurait d'exception qu'à l'endroit où le placenta est implanté: la couche superficielle seule de la sérotine serait entraînée avec le placenta, et la couche profonde, restant adhérente à l'utérus, servirait à reconstituer la nouvelle muqueuse à cette place.

Selon Friedlander, la caduque ne comprendrait qu'un feuillet superficiel de la muqueuse, aussi bien pour la partie utérine que pour la sérotine; de sorte que, dans toute l'étendue de la surface, la couche profonde persisterait et régénérerait plus tard la portion éliminée.

Que l'on adopte l'opinion de Robin ou celle de Friedlander, il n'en résulte pas moins que la tunique musculaire n'est nulle part à découvert au moment de l'expulsion de l'œuf.

Formation de la caduque. — La muqueuse utérine, en dehors de la grossesse, comprend un épithélium prismatique et un tissu conjonctif composé d'une grande quantité de noyaux embryoplastiques et de fibres lamineuses tant à l'état embryonnaire ou de corps fibro-plastiques que de filaments complètement

Algunas veces se forma entre la caduque y el cuerpo una escudación por endometritis de la caduque y se ve salir una cierta cantidad de líquido. Es necesario no ver en ese fenómeno la ruptura de las capas de los vasos.

développés; il y a de plus, selon Robin, un petit nombre de *cellules spéciales*, arrondies, dérivées très probablement du tissu conjonctif. Ces éléments sont traversés par les glandes en tubes et par des vaisseaux presque tous capillaires (v. fig. 41, p. 81).

Jusqu'au 2^e mois, c'est-à-dire jusqu'au développement du placenta, on constate des phénomènes d'hypertrophie caractérisés par le développement exagéré de tous les éléments. A partir de ce moment, toute la vitalité se porte vers la sérotine, tandis que partout ailleurs il se fait un travail de dégénérescence, de régression, d'atrophie.

1^o Les glandes augmentent de nombre et de volume et toute la muqueuse semble constituée par une série de tubes parallèles, rectilignes ou un peu sinueux, élargis à la partie profonde, se terminant ici en cul-de-sac sur la tunique musculaire; elles s'ouvrent à la surface utérine par un pertuis légèrement évasé; elles sont tapissées par un épithélium qui, primitivement pavimenteux, est devenu cylindrique. A la fin de la grossesse, les tubes ont disparu dans la couche superficielle et moyenne de la caduque; on ne trouve plus que les culs-de-sac glandulaires de la couche profonde.

2^o Les *cellules spéciales* se multiplient énormément, à tel point qu'elles forment, à partir du 3^e mois, l'élément dominant; elles sont volumineuses alors et pourvues d'un ou de plusieurs noyaux: Friedlander les a appelées *cellules de la caduque* (*décidualzellen*). Dans la couche superficielle, elles sont sphériques et pressées les unes contre les autres; ce sont les *cellules rondes de la caduque*; dans la couche profonde, certaines d'entre elles se transforment et deviennent fusiformes; ce sont les *cellules en aiguilles* de la caduque.

3^o La multiplication que nous venons d'indiquer fait disparaître tous les éléments conjonctifs (noyaux fibro-plastiques, fibres lamineuses) et à la fin de la grossesse, on en voit encore à peine quelques-uns dans la couche profonde entre les culs-de-sac glandulaires.

4^o Les vaisseaux forment des plexus autour des glandes et des réseaux jusqu'à la surface de la muqueuse; ces vaisseaux s'oblitérent et s'atrophient dans les caduques utérine et ovulaire, tandis qu'ils se développent considérablement dans la sérotine.

5^o D'après Robin, l'épithélium cylindrique ou prismatique devient graduellement pavimenteux par suite de l'exfoliation graduelle des cellules primitives et de leur remplacement par des cellules nouvelles, larges, régulièrement polyédriques et juxtaposées en paroi. Cependant par place, l'épithélium manque et à terme on ne le rencontre plus que sur des points très restreints.

Kœlliker et Friedlander n'admettent pas cet épithélium de formation nouvelle, car à partir du 4^e mois, lorsque les caduques utérine et ovulaire sont réunies, ils n'ont jamais rencontré la trace d'épithélium.

Dès le 3^e mois, l'atrophie commence par suite d'un travail régressif et d'une compression mécanique. La pression de la caduque ovulaire sur la caduque utérine amène un aplatissement plus ou moins irrégulier et une élévation des grosses cellules globuleuses et des culs-de-sac glandulaires. Le travail régressif se manifeste par la dégénérescence graisseuse, c'est-à-dire que l'on voit apparaître, principalement autour des noyaux des cellules, des granulations graisseuses qui augmentent de plus en plus jusqu'à la fin de la grossesse.

La *caduque ovulaire* a la même constitution et subit les mêmes changements que la caduque utérine dont nous venons de parler; seulement l'atrophie est plus rapide, l'amincissement est considérable et à terme la caduque ovulaire n'est plus constituée, d'après Robin, que par une couche d'apparence anhiste sur laquelle on retrouve cependant quelques cellules épithéliales pâles.

Les caduques utérine et ovulaire, intimement unies entre elles, se séparent de

l'utérus d'autant plus facilement que la grossesse est plus avancée, car une muqueuse de nouvelle formation s'est montrée dès le 4^e mois entre la caduque utérine et la tunique musculaire et s'est développée de plus en plus.

Selon Friedlander, le processus serait différent. Les premières modifications de la caduque utérine sont bien celles qui sont décrites plus haut : les petites cellules du tissu conjonctif de la muqueuse prolifèrent, s'agrandissent et se pressent les unes contre les autres; les tubes glandulaires traversent perpendiculairement cette couche de cellules.

Ces cellules présentent deux couches distinctes : une externe adhérente au chorion, composée de plusieurs rangées de grosses cellules rondes, réunies par un peu de substance intermédiaire; une interne, du côté de la tunique musculaire, comprenant en outre un certain nombre de cellules transformées et terminées en aiguilles. C'est au milieu de cette couche de cellules en aiguille que l'on constate une ligne de séparation bien nette, la divisant en deux parties distinctes; la partie superficielle de cette couche interne et toute la couche externe forment la caduque utérine et sont entraînées avec les membranes de l'œuf; la partie interne, ainsi que les culs-de-sac glandulaires comprimés et réunis par du tissu conjonctif, restent adhérents à la tunique musculaire de l'utérus. La figure ci-dessous, de Friedlander, indique bien les deux couches de cellules et la ligne de séparation vers le milieu de la couche interne.

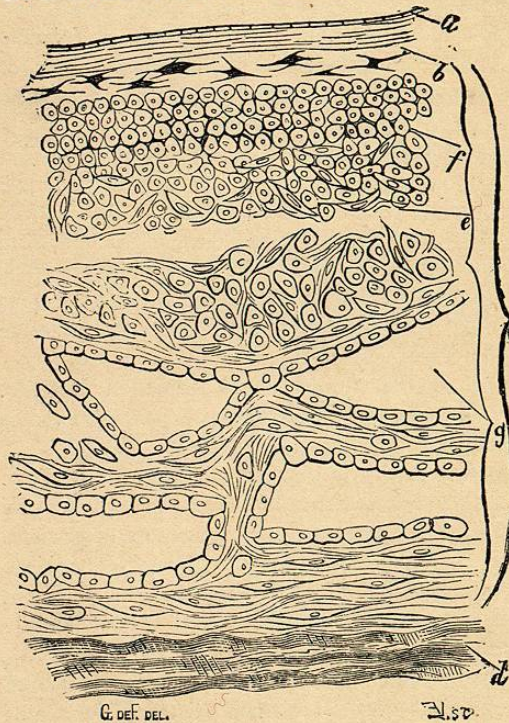


Fig. 93. — Coupe de la caduque d'après Friedlander. — a, Amnios avec épithélium. — b, Chorion. — c, Caduque. — d, Tunique musculaire. — e, Ligne de partage au milieu des cellules dites à aiguilles. — f, Couche des cellules rondes. — g, Culs-de-sac glandulaires.

D'après le même auteur, la caduque ovulaire est lisse et sans épithélium; dès le 3^e mois, elle est complètement dépourvue de vaisseaux; pourtant elle renferme de grosses cellules rondes et étoilées comme la caduque utérine, avec cette différence, qu'elles se remplissent beaucoup plus tôt de fines molécules et à la fin de la grossesse, elles ont presque complètement subi la dégénérescence graisseuse. A partir du 6^e mois, les deux caduques ne forment plus qu'une seule membrane mince, ne se laissant plus séparer que par place; elles sont expulsées ensemble avec les membranes de l'œuf. Quelquefois cependant, selon Schröder, la caduque réfléchie seule est entraînée et toute la caduque utérine reste adhérente à la matrice; plus souvent on trouve, sur plusieurs places du chorion, des lambeaux épais de caduque utérine, tandis qu'à d'autres places elle manque absolument.

Caduque sérotine. — Cette partie de la caduque présente les mêmes éléments constituants que la caduque utérine; par conséquent, la couche glandulaire reposant sur la tunique musculaire et la couche des cellules rondes et fusiformes. Cette dernière couche envoie des prolongements en forme de coins entre les cotylédons du placenta, sans cependant arriver jamais jusqu'à l'origine des villosités; sa portion superficielle reste adhérente à la surface placentaire lors de son expulsion et s'y voit ordinairement sous forme d'une pellicule mince, blanc-grisâtre; elle ne peut être séparée que difficilement des villosités choriales rougeâtres. La partie profonde de la couche cellulaire et toute la couche glandulaire restent dans l'utérus. Outre les cellules signalées dans la description de la caduque, on trouve encore dans la couche cellulaire de la sérotine, ce que l'on a appelé les *cellules géantes*, qui renferment une vingtaine de noyaux et qui se rencontrent aussi dans la partie avoisinante de la caduque utérine. (SCHRÖDER, *Manuel d'Accouchements*, traduit par Charpentier, page 34).

Ces cellules géantes sont disposées le long des veines dilatées de la sérotine et forment des traînées qui se continuent même jusqu'aux sinus utérins. Or, selon Friedlander et Léopold, ces cellules pénétreraient dans les parois des sinus pendant le dernier mois de la grossesse et arriveraient peu à peu dans les cavités veineuses où elles amèneraient la coagulation du sang (thromboses veineuses spontanées). D'après Patenko, les cellules volumineuses que l'on trouve dans les sinus proviendraient de la prolifération des cellules endothéliales. De plus, un tissu conjonctif jeune se développerait dans les parois vasculaires et proéminerait plus ou moins dans l'intérieur.

Selon ces auteurs, la circulation du sang serait donc gênée à partir du 8^e mois de la grossesse, dans tout le système veineux utérin sous-placentaire : 1^o par les grandes cellules que l'on constate dans les sinus; 2^o par les *coagula* sanguins qui se forment autour de ces cellules; 3^o par le tissu néoplasique des parois qui rétrécit la lumière des vaisseaux.

Cette gêne de la circulation permettrait à l'acide carbonique de s'accumuler dans le sang des sinus; or, les expériences de Brown-Séguard ont démontré que l'excès d'acide carbonique a une action excitante sur les fibres utérines et détermine des contractions de la matrice. On trouverait donc, selon Léopold, la cause déterminante de l'accouchement dans les conditions spéciales de la circulation utérine à la fin de la grossesse. (1)

La muqueuse du col ne participe pas aux changements de la muqueuse du corps; elle n'est pas caduque et se sépare de celle-ci au moment de l'accouchement. Elle s'épaissit un peu et ses glandes sécrètent un mucus épais formant un bouchon qui remplit la cavité cervicale.

Le chorion.

Nous venons de voir que la caduque est fournie par la mère; le chorion et l'amnios sont, au contraire, des expansions de l'ovule, de vraies dépendances fœtales.

Le chorion forme un sac autour de l'amnios; sa face externe est elle-même recouverte par la caduque réfléchie, excepté à l'endroit du placenta qui est en rapport avec la sérotine. Le chorion à terme est

Mi se admite hoy como resultado de que toda la mucosa uterina cae con el feto y sus membranas pero en la serotina solo la parte epitelial (superficial) interna