

pendant, si l'enfant est en bonne santé, ce fait n'a pas d'importance pathologique, car sa petitesse peut être plus apparente que réelle, et dépendre de ce que les vaisseaux ne sont pas distendus par le sang. Lorsqu'il existe une atrophie véritable du placenta, la vitalité du fœtus peut être sérieusement compromise. Cette condition dépend d'un état morbide, soit des villosités

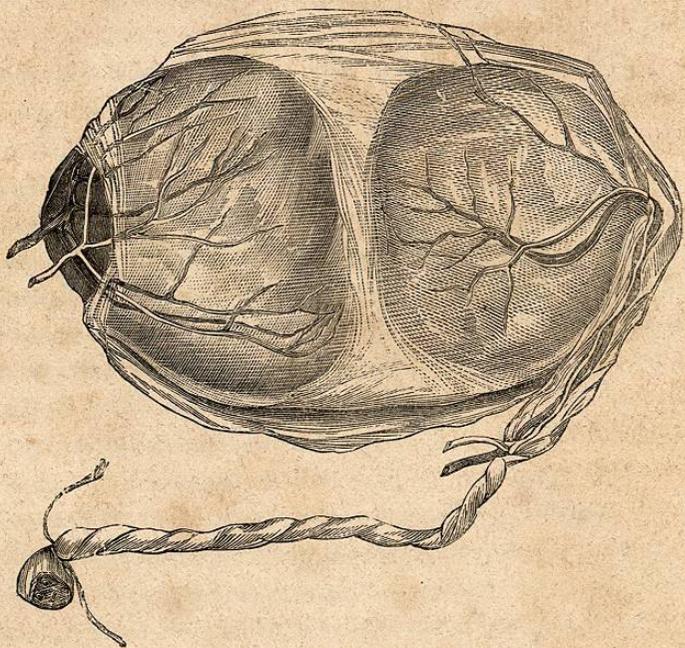


Fig. 85. — Placenta double avec un cordon unique.

ités choriales, soit de la caduque sur laquelle elles sont implantées<sup>1</sup>. Cette dernière cause est la plus commune des deux ; elle consiste généralement en une hyperplasie du tissu connectif de la caduque, qui comprime les villosités et les vaisseaux, et donne lieu à une atrophie générale ou locale. Cette modification est analogue à celle qu'on observe dans la cirrhose du foie et dans certaines formes de la maladie de Bright. Elle a été généralement attribuée à un état inflammatoire ; plusieurs

1. Whittaker, *Amer. Journ. of obst.*, vol. III, p. 229.

auteurs l'ont décrite sous le nom de *placentite*, et considérée comme une affection commune. On lui attribue bien des altérations morbides fréquemment observées dans le placenta, par exemple l'hépatisation, les dépôts purulents circonscrits, et les adhérences aux parois utérines. Plusieurs pathologistes modernes ont douté que ces modifications fussent, à strictement parler, inflammatoires. Whittaker dit à ce sujet : « La disposition à rejeter la placentite augmente beaucoup de nos jours. Certes, il est impossible d'admettre l'inflammation d'après la théorie moderne (Cohnheim) de ce processus, puisqu'il n'y a pas de capillaires, au moins dans la portion maternelle, à travers les parois desquelles une « migration » puisse se faire, et qu'il n'existe pas de nerfs pour régulariser la contractilité des parois des vaisseaux dans le tissu tout entier. » Robin explique les différentes modifications pathologiques signalées plus haut en disant que « ce qui a été pris pour de l'inflammation du placenta n'est pas autre chose qu'un état de transformation des caillots sanguins à différentes périodes. Ce qu'on a regardé comme du pus n'est que de la fibrine en cours de désorganisation, et, dans les cas où du véritable pus a été trouvé, il ne venait pas du placenta, mais d'une inflammation du tissu des vaisseaux utérins et d'un dépôt accidentel dans le tissu du placenta. »

Les extravasations partielles de sang auxquelles il est fait allusion ici s'observent très-fréquemment, et on les trouve dans toutes les parties de l'organe, dans sa substance, à sa surface caduque, ou immédiatement au-dessous de l'amnios, et dans cette dernière situation elles constituent les points de départ des kystes qu'on y observe souvent. La fibrine ainsi déposée subit une métamorphose régressive, comme dans les autres parties du corps ; elle se décolore, elle subit une dégénérescence grasseuse, ou elle se transforme en masses calcaires, et c'est ainsi qu'on peut expliquer les différentes modifications pathologiques qui sont si communément observées. La quantité de tissu qui a subi la métamorphose régressive et son aspect

Placentite.

Extravasations sanguines.

dépendront naturellement du temps qui se sera écoulé depuis la production des extravasations sanguines.

Dégénérescence  
graisseuse

La dégénérescence graisseuse du placenta et son influence sur la nutrition du fœtus ont été spécialement étudiées en Angleterre par Barnes et Druitt. On rencontre fréquemment dans le placenta des masses jaunâtres qui consistent, en grande partie, en graisse moléculaire, mélangée à un réseau ténu de tissu

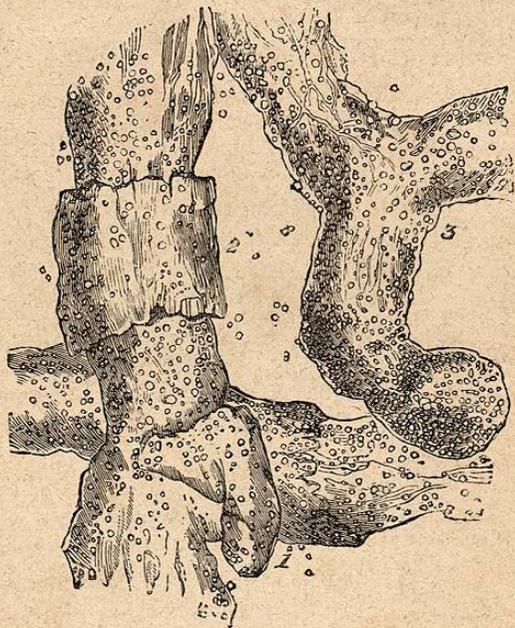


Fig. 86. — Dégénérescence graisseuse du placenta.

fibreux. Toutefois la véritable dégénérescence graisseuse affecte spécialement les villosités choriales (fig. 86). A l'examen microscopique, on les trouve altérées et déformées dans leur contour, et chargées de petits globules de graisse granuleuse. Des modifications semblables sont observées dans les cellules de la caduque. Leur influence sur le fœtus sera proportionnée, naturellement, à l'étendue dans laquelle les fonctions des villosités sont entravées. La cause probable de cette dégénérescence est, sans doute, quelque altération obscure dans la nutrition du

tissu, dépendant d'un état maladif de la mère. Barnes croit que la syphilis a beaucoup d'influence sur leur production. Druitt a signalé que le placenta à maturité présente toujours une certaine dégénérescence graisseuse probablement en relation avec le décollement physiologique de l'organe; et Goodell, plus récemment, a suggéré l'idée que cette modification, en quantité inusitée, peut être simplement une anticipation de la terminaison naturelle de la vie du placenta<sup>1</sup>.

On rencontre parfois, mais plus rarement, d'autres états morbides du placenta, l'infiltration œdémateuse de son tissu, qui accompagne toujours, selon Lange, les cas d'hydramnios; des dépôts pigmentaires et calcaires, des tumeurs de formes diverses; mais ces affections ne réclament qu'une mention passagère.

Autres états  
morbides.

Le cordon ombilical peut avoir une longueur excessive, variant de 45 à 50 centimètres, sa longueur moyenne, jusqu'à 1 mètre 25 ou 1 mètre 50, et on rapporte même un cas dans lequel il atteignait la longueur extraordinaire de 2 mètres 70. S'il a une longueur inusitée, il peut être enroulé autour des membres ou du cou de l'enfant, et cette dernière anomalie a, dans des cas exceptionnels, amené des complications pendant le travail.

Pathologie du cordon  
ombilical.

Quelques auteurs attribuent certaines amputations spontanées des membres fœtaux dans l'utérus aux constrictions par le cordon ombilical; mais cet accident est produit plus probablement par des annexes filamenteuses de l'amnios. Les nœuds dans le cordon ne sont pas rares; ils sont faits par le fœtus, qui, dans ses mouvements, passe à travers une anse du cordon (fig. 87). S'il y a dans le cordon une quantité normale de gélatine de Wharton, ses vaisseaux sont protégés de la compression, et il n'en résulte aucun accident. Géry, dans un récent mémoire<sup>2</sup>, a essayé de démontrer l'importance de ces nœuds, et il cite deux observations dans lesquelles ils auraient, selon lui, causé la mort du fœtus.

1. *American Journ. of. obst.*, vol. II, p. 535.  
2. *L'Union médicale*, oct. 1876.

Une extrême torsion du cordon, exagération de ses spires normales, expose quelquefois l'enfant à de sérieux dangers, en obstruant la circulation dans les vaisseaux. Spaeth mentionne trois cas dans lesquels elle causa la mort du fœtus, le cordon était tordu au point d'être réduit à la grosseur d'un fil.

Les anomalies dans la distribution des vaisseaux du cordon sont assez fréquentes. Le cordon peut être inséré au bord du placenta, au lieu de l'être à son centre (*placenta en raquette*); il peut se diviser en plusieurs branches avant d'arriver au placenta, et dans ce cas les vaisseaux rampent à travers les membranes. Une traction sur le cordon peut alors déterminer sa rupture, ainsi que celle des vaisseaux bifurqués. On rencontre deux veines et une artère, ou seulement une veine et une artère, ou encore deux cordons distincts pour un seul placenta. Toutes ces anomalies, et d'autres que je pourrais mentionner, n'ont qu'une importance pratique médiocre.

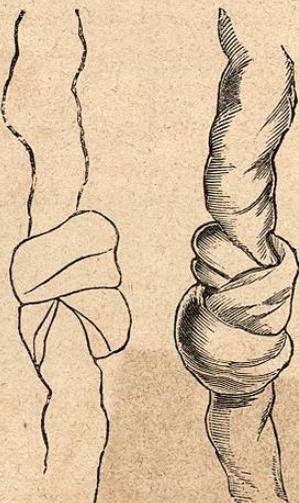


Fig. 87. — Nœuds du cordon ombilical.

Pathologie de l'amnios.

Hydramnios.

L'état pathologique principal de l'amnios que nous connaissons est la sécrétion excessive du liquide amniotique, connue généralement sous le nom d'*hydramnios*. Sa cause précise est encore vague. Quelques auteurs le rapportent à l'inflammation de l'amnios lui-même; mais parfois il paraît lié à quelque affection morbide de la caduque, qu'on trouve malade et hypertrophiée. Le fœtus est souvent mort et flétri, et le placenta gros et œdématéux. Cependant la mort du fœtus n'accompagne pas nécessairement l'hydramnios. Sur trente-trois cas, Mc Clintock a trouvé que neuf enfants étaient nés morts<sup>1</sup>; sur les dix-

1. *Diseases of Women*, p. 383.

neuf nés vivants, dix moururent au bout de quelques heures; le reste survécut. Il ne paraît pas y avoir de relation directe entre l'état de santé de la mère et le développement de cette affection, et elle n'existe pas fatalement lorsque la mère est atteinte d'épanchements hydropiques dans d'autres parties du corps. La théorie qui assigne à cette maladie une origine purement locale s'appuie sur ce fait que, lorsque l'hydramnios existe dans une grossesse gémellaire, un œuf seulement est en général affecté. Ses effets, en ce qui concerne la mère, sont surtout mécaniques. Il se développe rarement avant le cinquième ou le sixième mois de la grossesse; mais, dès le début, il produit rapidement une sensation de malaise et de gonflement, bien plus marquée que celle d'une grossesse arrivée à l'époque où en est la femme. A une période plus avancée, le malaise est souvent considérable, l'utérus développé comprime le diaphragme et produit une gêne excessive de la respiration. L'expulsion prématurée du fœtus est commune. Quatre des femmes observées par Mc Clintock moururent après le travail, preuve que la mortalité maternelle est grande; et il attribue ce résultat à l'état de débilité des femmes soumises à cette affection.

Le diagnostic, en général, est facile. On doit distinguer l'hydramnios de la distension ascitique de l'abdomen, et du développement de l'utérus par une grossesse gémellaire. La première affection sera reconnue à la situation superficielle du liquide, à la difficulté de sentir le contour de l'utérus, qui est masqué par le liquide environnant, et à la coexistence d'épanchements dans d'autres régions du corps. Le dernier état peut être difficile et même impossible à diagnostiquer. En général, cependant, dans l'hydramnios, la tumeur utérine est plus distinctement tendue ou fluctuante; les membres du fœtus ne peuvent être perçus par la palpation, et le segment inférieur de l'utérus est anormalement distendu sans que la partie qui se présente soit appréciable par le vagin.

Pendant le travail, la quantité excessive du liquide amniotique est souvent une cause d'inertie utérine et de retard, les

Diagnostic.

Ses effets sur le travail.

douleurs étant faibles et inefficaces. Cette observation a trait naturellement à la première période, qui est souvent très-prolongée, à moins que les membranes ne soient ponctionnées de bonne heure et ne permettent au liquide surabondant de s'écouler.

Traitement.

On ne connaît aucun traitement qui ait quelque effet sur l'affection. Si le malaise et la distension sont considérables, il peut être absolument nécessaire de ponctionner les membranes et de permettre à l'eau de s'échapper. Cette manœuvre amène inévitablement le travail. Si la grossesse n'est pas suffisamment avancée pour avoir un enfant vivant, nous ne recourons pas à cet expédient, à moins que la santé de la mère ne soit sérieusement compromise. Il est possible que, dans ces cas, l'extraction d'une portion du liquide et le soulagement de la femme puissent être obtenus en enfonçant l'aiguille fine d'un aspirateur à travers l'orifice, pour enlever une certaine quantité du liquide amniotique par aspiration, sans provoquer le travail. Je n'ai jamais eu occasion d'essayer ce procédé, mais il paraît praticable.

Insuffisance du liquide amniotique.

Une quantité insuffisante de liquide amniotique favorise, dit-on, certains vices de conformation, en permettant à l'utérus de comprimer le fœtus d'une façon exagérée. Elle peut, en effet, favoriser la production d'adhérences entre les membranes et le fœtus, et de brides amniotiques capables de déterminer certaines déformations de l'enfant (p. 301).

Le liquide amniotique varie beaucoup d'aspect. Il est quelquefois épais comme de la mélasse, au lieu d'être limpide, et il peut avoir une odeur désagréable. La cause de ces différences n'est pas bien connue.

Pathologie du fœtus.

Il est parfaitement évident que le fœtus dans la matrice est sujet à diverses maladies, dont quelques-unes causent sa mort, et d'autres laissent des traces distinctes de leur existence, bien que n'étant pas fatales. Ce sujet a une grande importance et mérite d'être étudié. Il y a encore beaucoup à faire dans cette voie, pour en déduire des résultats pratiques importants. Je

ne dois donc pas me borner à la simple énumération des affections principales qui ont été observées.

Il est parfaitement démontré que les différentes fièvres éruptives dont la mère peut être atteinte sont souvent communiquées au fœtus dans la matrice. Lorsque la mère est prise de variole confluente, elle avorte presque toujours; mais non forcément lorsque la variole est discrète ou modifiée. Dans ces cas, il est souvent arrivé que le fœtus soit né avec des marques évidentes de variole. On en rapporte quelques-uns qui prouvent que le fœtus a été atteint après la mère. Ainsi une femme malade de la petite vérole a avorté et a donné naissance à un enfant vivant ne portant aucune trace de l'affection; mais l'éruption a paru au bout de deux ou trois jours, preuve que la maladie avait été contractée et avait parcouru sa période d'incubation lorsque le fœtus était encore dans la matrice. Cependant le fœtus n'est pas toujours affecté. Serres a rassemblé 22 observations dans lesquelles des femmes, malades de la petite vérole, ont donné naissance à des enfants qui n'avaient pas contracté la maladie. On a admis que, dans ce cas, l'enfant est à l'abri de la variole, bien qu'il n'en ait eu aucun symptôme. Tarnier, cependant, cite deux exemples d'enfants ainsi nés ayant eu la variole deux ans après leur naissance. Madge et Simpson rapportent des faits dans lesquels la vaccination pratiquée sur la mère pendant la grossesse a protégé le fœtus, une tentative ultérieure de vaccination sur ces enfants ayant échoué. Il est également prouvé que la maladie peut être transmise au fœtus à travers la mère, sans qu'elle-même ait été atteinte par la contagion, l'enfant ayant été couvert d'une éruption variolique et la mère tout à fait indemne. Il est probable que les phénomènes observés pour la variole sont applicables aux autres affections zymotiques, telles que la fièvre scarlatine et la rougeole, mais nous n'avons aucune donnée qui nous permette de l'affirmer.

Parmi les autres affections maternelles, la malaria et l'empoisonnement par le plomb sont transmissibles au fœtus dans

Maladies du sang transmises par la mère.

Variole.

Rougeole et scarlatine.

Fièvres intermittentes.

la matrice. Le Dr Stokes rapporte des observations de fièvre tierce chez des femmes dont l'enfant avait aussi des frissons; en effet, ses mouvements convulsifs, appréciables par la mère, revenaient à des intervalles réguliers, mais à un autre moment que les paroxysmes maternels. Quelquefois, le paroxysme fébrile apparaît en même temps chez le fœtus et chez la mère; le fait a été vérifié en observant que les frissons continuèrent à revenir simultanément après la délivrance. Le fœtus est également né avec le développement de la rate particulier à la malaria. La fréquence avec laquelle on trouve la rate très-hypertrophiée chez les petits enfants, dans les contrées à malaria, me fait supposer que l'affection intra-utérine doit être commune. J'ai souvent observé ce fait dans l'Inde, sans cependant pouvoir m'assurer que les mères eussent souffert de fièvre intermittente pendant leur grossesse. L'intoxication plombique a aussi un effet très-préjudiciable sur le fœtus, et provoque fréquemment l'avortement. M. Paul <sup>1</sup> a rassemblé 81 cas dans lesquels elle a causé la mort du fœtus, dans quelques-uns après sa naissance seulement; elle paraît même avoir affecté le fœtus sans atteindre la mère.

Intoxication  
plombique.

Syphilis.

De toutes les dyscrasies sanguines transmises au fœtus, la plus importante est la syphilis. J'ai décrit ailleurs sa tendance à produire des avortements répétés. Elle peut certainement être communiquée au fœtus sans produire l'avortement; la mère arrive à terme et donne naissance à un enfant vivant qui porte des traces de l'affection, ou à un enfant mort semblablement affecté, ou encore à un enfant en apparence bien portant chez lequel la maladie éclate après un mois ou deux. Ces effets différents dépendent probablement de l'intensité du poison. La maladie est sans aucun doute transmise en général par la mère; si elle est affectée au moment de la conception, l'infection du fœtus paraît certaine, mais, si elle contracte la maladie à une période avancée de sa grossesse, l'enfant peut naître absolument indemne. Ricord croit même que la syphilis, con-

<sup>1</sup>. Arch. gén. de méd., 1860.

tractée après le sixième mois de la grossesse, n'affecte jamais l'enfant. Le père lui-même peut incontestablement transmettre la maladie à l'œuf, mais moins fréquemment que la mère, et Hutchinson a rapporté des observations qui démontrent que la mère peut être secondairement infectée par le fœtus malade.

L'infection syphilitique chez un enfant mort ou vivant est suffisamment caractéristique. Il est généralement petit, mal développé, et atteint d'une éruption de pemphigus, dont les bulles sont complètement développées, ou à leur première période seulement, sous forme de taches circulaires de couleur cuivrée. Cette éruption est toujours plus marquée sur les mains et les pieds, et tout enfant qui la porte en naissant peut être considéré comme syphilitique. A l'examen *post mortem*, les lésions les plus ordinaires sont de petits points de suppuration dans le thymus, des suppurations analogues localisées dans le tissu pulmonaire, des points indurés jaunâtres dans le foie, et une péritonite dont l'importance a été surtout signalée par Simpson <sup>1</sup> comme cause de la mort des enfants syphilitiques.

Signes de la syphilis  
chez le fœtus.

La plus importante des affections inflammatoires qui affectent le fœtus est la péritonite. Simpson a démontré qu'on en rencontre très-souvent des traces, et qu'elle n'est pas toujours nécessairement syphilitique. Quelquefois on l'a observée lorsque la mère a été mal portante pendant sa grossesse, et d'autres fois elle paraît avoir résulté de quelque état morbide des viscères du fœtus. La pleurésie avec épanchement est une affection inflammatoire qu'on a également signalée.

Affections  
inflammatoires.

Les affections hydropiques les plus communes sont l'ascite et l'hydrocéphalie, qui peuvent toutes les deux avoir pour effet d'empêcher l'accouchement. L'hydrocéphalie est la plus fréquente de toutes, et peut donner lieu à beaucoup de difficultés pendant le travail. Les causes en sont obscures, mais elle dépend probablement de quelque altération dans la santé de la mère, puisqu'elle est sujette à reparaitre dans plusieurs grossesses successives, et elle est fréquemment associée à un déve-

Hydropisies.

<sup>1</sup>. Obst. Works, vol. I, p. 117.