

loppement imparfait de la colonne vertébrale et au spina bifida. Le liquide se collecte dans les ventricules, qui se distendent énormément et produisent l'expansion et l'amincissement du crâne, dont les os sont largement séparés les uns des autres à leurs sutures; celles-ci sont proéminentes et fluctuantes. Quelquefois l'hydrocéphalie interne peut être compliquée, et le diagnostic pendant le travail obscurci par la coexistence de ce qu'on appelle « l'hydrocéphalie externe ». Celle-ci consiste en une collection de liquide entre le crâne et le cuir chevelu, constituée ordinairement en ce point ou épanchée à la suite d'une déchirure de quelque suture ou fontanelle pendant le travail, avec extravasation du liquide intra-crânien.

L'ascite est généralement associée à l'hydramnios, et quelquefois à l'hydrothorax ou à d'autres épanchements hydro-piques. C'est une affection rare, et, selon Depaul ¹, on a pris souvent pour elle une extrême distension de la vessie.

Tumeurs.

Des tumeurs diverses s'observent en certains points du corps de l'enfant ², et acquièrent quelquefois un volume considérable qui met obstacle à l'accouchement. Tarnier rapporte des cas de méningocèles plus volumineuses que la tête de l'enfant, et on a vu de grosses tumeurs kystiques attachées aux fesses, à la région pectorale ou à d'autres parties du corps. On observe aussi des tumeurs cancéreuses, soit externes, soit viscérales, d'un volume considérable. D'autres peuvent être produites par des difformités congénitales, une saillie du foie ou de quelques viscères, à travers une perforation de la paroi abdominale, ou par le spina bifida, l'épine étant imparfaitement développée. La dystocie, qui résulte de ces diverses causes, variera naturellement selon le volume, la consistance et l'accessibilité de la tumeur.

Blessures et lésions
du fœtus.

Si la femme a été exposée à quelques violences, par exemple des coups ou des chutes qui n'aient pas entravé sa gros-

1. Tarnier et Cazeaux, p. 855.

2. Voyez la récente thèse d'agrégation de M. le D^r Alph. Herrgott dans laquelle sont réunis tous les cas de ce genre : *Des maladies fœtales qui peuvent faire obstacle à l'accouchement*. Paris, 1878. (Trad.)

sesse, le fœtus peut en éprouver des accidents sérieux. On en rapporte des observations curieuses. Ainsi, un enfant est né en présentant une plaie considérable qui affectait toute la longueur de l'épine, intéressant à la fois la peau et les muscles, et qui paraissait être le résultat d'une chute de la mère dans les derniers mois de sa grossesse. Des lacérations et des contusions semblables ont été observées sur d'autres points du corps, les



Fig. 88. — Amputation intra-utérine des bras et des jambes.

blessures étant à des degrés divers de cicatrisation, selon le temps depuis lequel l'accident était arrivé. Les fractures intra-utérines ne sont pas rares, et naissent probablement des mêmes causes. Dans quelques-uns de ces cas, les extrémités fracturées des os sont réunies, mais à angle aigu, la coaptation étant vicieuse, et la déformation est considérable. Chaussier ¹ rapporte deux observations de fœtus chez lesquels il existait un grand nombre de fractures, sur l'un 113 et sur l'autre 42, à différents

degrés de réparation. Il attribue ce curieux phénomène à quelque défaut congénital dans la nutrition des os, avec ramollissement probable de leur tissu.

Les amputations intra-utérines des membres fœtaux ont été assez fréquemment observées. Il est né des enfants dont une extrémité était plus ou moins complètement absente, et on connaît des cas dans lesquels les quatre extrémités manquaient absolument (fig. 88). Le mode de production de ces difformités a donné lieu à de grandes discussions. A une époque, on supposait que l'absence d'un membre était due à la gangrène de l'extrémité et à une séparation consécutive des parties sphacélées. Reuss ², qui a étudié ce sujet très-minutieusement, croit

Amputations
intra-utérines.

1. Gazette hebdom., 1860.

2. Scanzoni's Beiträge 1869.

que la gangrène, dans la cavité close de l'œuf, est impossible, car cette affection ne peut survenir que s'il y a accès de l'oxygène à la partie malade; et lorsque les portions de l'extrémité séparée sont trouvées dans l'utérus, comme cela arrive souvent, elles sont macérées, mais non décomposées. D'après la croyance générale, ces amputations intra-utérines dépendent de la constriction du membre par des replis ou des brides de l'amnios (observées surtout lorsque le liquide amniotique est en quantité insuffisante) qui obstruent la circulation et provoquent l'atrophie de la partie située au-dessous de la constriction. On a supposé que le cordon ombilical pouvait, en s'enroulant autour du membre, produire un résultat semblable; mais il paraît douteux que cette cause soit suffisante pour en amener la séparation complète, car une constriction un peu forte entraverait la circulation à travers le cordon. Quelquefois, lorsqu'il existe une amputation intra-utérine, la portion séparée du membre est trouvée flottante dans la cavité amniotique, et rejetée après l'enfant. Martin, Chaussier et Watkinson en ont rapporté des exemples. Le plus souvent, on ne retrouve aucune trace de l'extrémité séparée. Et cela s'explique par la période de gestation à laquelle l'amputation a eu lieu. Si c'est vers le début de la grossesse, avant le troisième mois, la portion détachée est petite et molle, et disparaît facilement par dissolution. Si c'est à une période plus avancée, elle peut être dure et rester dans l'utérus. Dans ce dernier cas, la cicatrisation du moignon a été souvent trouvée incomplète. Simpson a signalé l'existence accidentelle de doigts rudimentaires ou d'orteils sur le moignon d'un membre amputé, tels qu'on en voit sur les cuisses dans la figure 88. On les attribue à une reproduction avortée de l'extrémité séparée, analogue à ce qu'on observe chez quelques espèces inférieures. Mais cette explication a été contestée avec beaucoup de raison. Martin croit que la reproduction n'est que fictive, et que les extrémités rudimentaires sont en réalité des exemples d'arrêt de développement. Les agents constricteurs ont gêné la circulation suffisamment pour

arrêter le développement du membre au-dessous du siège de la constriction, mais pas assez pour en effectuer la séparation complète. Si la constriction a lieu au début du développement, le phénomène semblable à celui qui a été observé par Simpson est produit. Mais il n'en résulte pas que tous les cas d'absence de membres dépendent d'amputations intra-utérines. Quelquefois ils paraissent être le résultat d'un arrêt spontané de développement ou de monstruosité congénitale. M. Scott¹ relate une observation dans laquelle l'hérédité était évidente; la difformité ne pouvait donc pas résulter de la constriction par des brides amniotiques. Dans cette famille, le grand-père avait les avant-bras absents avec des doigts rudimentaires au moignon; la génération suivante échappa à l'accident; mais le petit-fils eut une difformité précisément semblable à celle de son grand-père.

Lorsque, pour une cause quelconque, le fœtus est mort pendant la grossesse, il peut être expulsé aussitôt, ou retenu dans l'utérus pendant un temps plus ou moins long, et même jusqu'à terme. Les modifications observées dans ces fœtus varient considérablement selon l'âge qu'ils avaient au moment de leur mort, ou selon le temps pendant lequel ils ont été retenus dans l'utérus. Si le fœtus meurt au début de la grossesse, alors que ses tissus sont très-mous, il peut se dissoudre entièrement dans le liquide amniotique, sans qu'on en retrouve aucune trace lorsque les membranes sont expulsées. Il peut encore se flétrir et se momifier; et si cela arrive dans une grossesse gémellaire, comme on le voit quelquefois, l'enfant qui se développe peut comprimer et aplatis le fœtus mort contre la paroi utérine.

À une période plus avancée de la grossesse, un fœtus mort subit les modifications assignées à la putréfaction, mais elles sont tout à fait différentes de celles qui caractérisent la décomposition des tissus animaux exposés à l'air. Il n'y a pas d'odeur désagréable, comme dans la décomposition ordinaire. Les tissus sont ramollis et flasques. Les modifications les plus manifestes sont dans la peau, dont l'épiderme est séparé du derme, qui a

1. *Obst. Trans.*, vol. XIII, p. 94.

Mort du fœtus.

Aspect du fœtus putride.

une couleur rouge foncé. Ce phénomène est surtout apparent sur l'abdomen, qui est flasque et creux à son centre. Les organes internes sont très-altérés. Le cerveau est diffluent et pulpeux, et les os du crâne lâches sous le cuir chevelu. Le tissu musculaire et les viscères sont dans différents états de transformation, quelques-uns ont subi des modifications graisseuses et contiennent des cristaux de margarine et de cholestérine. L'étendue de ces modifications dépend en grande partie du temps qui s'est écoulé depuis la mort du fœtus; mais elles ne nous permettent pas d'estimer avec exactitude quelle a été la longueur de cette période.

Symptômes et diagnostic de la mort du fœtus.

Les symptômes et le diagnostic de la mort du fœtus peuvent être étudiés ici. Ils ne sont pas, malheureusement, pathognomoniques. La cessation des mouvements fœtaux ne suffit pas pour la faire affirmer, parce qu'ils peuvent ne pas être perçus pendant des jours ou des semaines, alors que l'enfant est vivant et bien portant. Quelquefois cependant, la mort est précédée de mouvements irréguliers et tumultueux, et, chez les femmes qui ont accouché antérieurement de plusieurs enfants morts, cette sensation peut nous guider dans notre diagnostic. Notre soupçon sera confirmé par l'auscultation. Le fait seul que nous ne pouvons, à un moment donné, entendre le cœur du fœtus, ne justifiera pas le diagnostic de sa mort. Si, cependant, le bruit du cœur a été distinctement entendu, et si après un ou deux examens soigneux, répétés à différentes visites, il ne peut de nouveau être saisi, on est autorisé à admettre que l'enfant est probablement mort. On a noté certaines modifications dans la santé de la mère liées à la mort du fœtus, par exemple une dépression morale, une sensation de froid et de pesanteur vers la partie inférieure de l'abdomen, la pâleur de la face, un cercle livide autour des yeux, des frissons irréguliers et un état fébrile, la diminution de volume des seins et de la tumeur abdominale. Mais tous ces signes sont trop vagues pour justifier un diagnostic positif, et parfois ils manquent absolument. Tout au plus peuvent-ils nous faire soupçonner l'accident qui est arrivé.

CHAPITRE X

AVORTEMENT ET TRAVAIL PRÉMATURÉ

L'expulsion prématurée du fœtus est un accident commun. Le nombre d'enfants ainsi détruits est énorme. Il est peu de multipares qui n'aient pas avorté une fois ou l'autre pendant leur vie. Hegar estime qu'il se fait environ un avortement pour huit ou dix accouchements à terme. Whitehead a calculé que, parmi les femmes mariées qui vécurent jusqu'à l'âge critique, 90 pour cent au moins ont avorté. L'influence de cet accident sur la santé future de la mère a aussi une grande importance; certes, il est rarement mortel directement, mais il produit souvent un affaiblissement considérable par la perte profuse de sang qui l'accompagne, et c'est là une des causes les plus fécondes des affections utérines après l'âge critique, peut-être parce que les femmes reçoivent beaucoup moins de soins pendant leur convalescence qu'après l'accouchement à terme, et que l'involution convenable de l'utérus est ainsi plus fréquemment entravée.

Fréquence de l'avortement.

On divise communément l'accident en *avortement*, *fausse couche* et *travail prématuré*: la première dénomination est appliquée à l'expulsion de l'œuf avant la fin du quatrième mois de la gestation; la fausse couche, à son expulsion, de la fin du quatrième mois à la fin du sixième; et le travail prématuré, à son expulsion à partir de la fin du sixième mois jusqu'au terme

Définition.