

dans la direction de l'axe du détroit supérieur. S'il revient prendre sa place quand on l'abandonne, on doit se borner à l'empêcher de sortir du vagin. Si les pessaires, les éponges, sont inefficaces pour le maintenir à sa place normale, il n'en est pas de même pour le retenir au-dessus de l'anneau valvaire. Si ces moyens étaient difficilement supportés, ou s'ils causaient des contractions utérines, on se contenterait d'un bandage contentif approprié à la forme des parties, et si la réduction ne se fait pas par les progrès de la grossesse, on la tentera de temps en temps, lorsque le volume de l'utérus commencera à faire espérer que son corps peut être retenu par le détroit supérieur.

L'engorgement, la rougeur, l'endurcissement, les ulcérations du vagin ou du col de l'utérus, ne contre-indiquent pas la réduction; ce sont des effets du déplacement, qui disparaissent plus promptement lorsque ces parties sont soustraites à l'action de l'air; mais il faut, comme le conseille Boyer, avoir soin d'enduire le vagin d'un corps gras, afin de prévenir des adhérences accidentelles. Il peut arriver que le prolapsus ne survienne qu'à une époque de la grossesse où le corps de l'utérus est déjà soutenu par le détroit supérieur, ou que les secours ne soient réclamés que lorsqu'il est déjà incarcéré dans l'excavation pelvienne; alors la réduction peut présenter de grandes difficultés, être même tout-à-fait impossible. Dans deux cas de prolapsus observés par Mauriceau, l'un dans le 4<sup>e</sup> et l'autre dans le 5<sup>e</sup> mois de la grossesse, la réduction complète fut obtenue. Dans un autre, observé par Giroud, on y est parvenu dix jours seulement avant l'accouchement; tandis qu'au contraire, M. Capuron l'a trouvé déjà complètement irréductible dans un cas, après les deux premiers mois de la conception.

Enfin, que le prolapsus soit complet ou incomplet, lorsque la réduction est impossible, il faut s'attacher à combattre les accidents que détermine une semblable tumeur à mesure qu'elle s'accroît, à la soutenir par un bandage en forme de suspensoir, faire garder à la femme la position horizontale. Ce qui peut lui arriver de plus heureux est un avortement, un accouchement prématuré. Si les jours de la malade étaient prochainement menacés par quelques uns des accidents que nous avons signalés, ou qu'il survint une fièvre hectique, le praticien se trouverait dans les conditions où il peut légitimement provoquer non seulement l'accouchement prématuré, mais même l'avortement. Si la grossesse marchait jusqu'à son terme sans compromettre la vie de la malade, on se conduirait comme l'ont fait les accoucheurs dont j'ai cité quelques unes des observations. Si la dilatation du col se fai-

sait incomplètement ou trop lentement, on aurait recours à l'introduction des doigts, de la main, afin d'obtenir graduellement une voie qui permit d'aller chercher le fœtus et de lui livrer passage. Si ce moyen était insuffisant ou trop douloureux, on aurait recours au débridement du col. Lorsque la délivrance est opérée, on réduit l'utérus. Les femmes qui ont été affectées de prolapsus pendant la grossesse, alors même que la réduction ne se serait pas fait attendre longtemps, doivent prendre beaucoup plus de précautions que les autres, éviter les fatigues, les mouvements; plusieurs doivent garder le repos, soit au lit ou sur une chaise longue. Lorsque le moment de l'accouchement sera venu, elles devront être couchées dès le début, éviter les efforts d'expulsion. Après l'accouchement, on leur fera garder le lit jusqu'à ce que la matrice soit revenue à son état naturel; et, malgré cette précaution, le prolapsus ne revient que trop souvent: car la grossesse ne le guérit le plus souvent que momentanément, et devient elle-même une des causes prédisposantes les plus efficaces de ce déplacement, qu'on observe principalement chez des femmes qui ont fait des enfants.

4. L'utérus est susceptible de se déplacer au-dessus du bord supérieur du bassin en distendant inégalement la paroi abdominale, et en s'inclinant d'une manière exagérée en avant. Dans quelques cas, l'*inclinaison vicieuse* de l'utérus se rapproche d'une véritable hernie. Quant à celle-ci, dans le petit nombre de cas où elle a été constatée, elle existait avant la conception. Les indications que réclament la hernie de l'utérus et son inclinaison vicieuse se rapportant plus particulièrement au travail de l'enfantement, nous n'en traiterons pas ici. Pendant la grossesse, elles exigent que la tumeur soit soutenue par un bandage du corps approprié, qu'on réduise et qu'on maintienne réduites les portions d'intestin qui peuvent s'échapper par les points où la paroi abdominale est en quelque sorte réduite à n'être presque plus formée que par les téguments.

#### SECTION IV. — Des maladies de l'œuf.

I. ÉPANCHEMENT DE SANG DANS LE PLACENTA. — Ce n'est qu'une forme de l'hémorrhagie utéro-placentaire, mais qui se présente avec des caractères qui méritent de fixer l'attention d'une manière toute particulière. L'étiologie des épanchements de sang dans le placenta, et entre le chorion et la caduque, se confond avec

celle de l'hémorrhagie utérine pendant la grossesse. Voyez *Avortement*.

L'hémorrhagie utéro-placentaire n'a pas toujours pour effet le décollement complet de l'œuf et son expulsion immédiate. Le sang épanché peut être retenu à la surface de l'œuf, s'infiltrer et se creuser des foyers dans le placenta lui-même; mais assez souvent l'épanchement se fait directement dans l'épaisseur de son tissu par la déchirure des vaisseaux utéro-placentaires entrecroisés avec les vaisseaux ombilicaux, et c'est plus particulièrement aux foyers qui en résultent qu'on doit donner le nom d'*apoplexie utéro-placentaire*. Je vais reproduire ici une analyse succincte du mémoire que j'ai publié sur ce sujet. Ces épanchements dans le tissu du placenta présentent, tant sous le rapport de leur siège que de leur forme, des différences assez grandes, qui dépendent particulièrement de l'état de développement du placenta. Jusqu'au troisième mois, non seulement le sang s'épanche dans tout le placenta, mais il peut s'étendre au-delà de ses bords, occuper toute la surface externe du chorion. Il est presque impossible qu'il en soit autrement: dans le principe, les tiges arborescentes du chorion qui se vascularisent pour former le placenta ne sont pas encore réunies, par le tissu cellulaire amorphe, en lobes compactes; à la circonférence, le placenta n'est pas encore exactement limité, parce que les tiges arborescentes et villosités des autres points du chorion moins longues ne différant des précédentes qu'en ce qu'elles ne sont pas canaliculées, restent isolées les unes des autres, et constituent, entre la surface externe du chorion et la caduque réfléchie, un espace libre qui communique de toutes parts, sous le point de réflexion de la caduque, avec l'espace occupé par les rudiments du placenta, jusqu'à ce que l'atrophie des villosités choriales ait amené en contact la surface externe du chorion avec la face interne de la caduque réfléchie. Survient-il dans les vaisseaux utéro-placentaires en voie de formation ou d'une existence encore récente, une rupture, le sang qui s'en écoulera baignera bientôt les touffes vasculaires de tout le placenta et les villosités du chorion, en s'étendant sous le point de réflexion de la caduque sur toute la surface externe du chorion. Ce que je viens de dire n'est point une hypothèse, mais le résumé d'un grand nombre de faits. Depuis ceux que j'ai publiés, j'en ai rencontré plusieurs autres présentant cette altération sous toutes ses formes. L'œuf abortif a souvent à l'extérieur une apparence charnue; sa surface est plus ou moins bleuâtre ou 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 trouve 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'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 les points occupés 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 toute trace de son existence qu'un très petit bout de cordon qui tient au placenta, quelques fragments d'un tissu amorphe 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 ainsi 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, grumeleux. La quantité de sang épanché est très variable, et la couche qu'il forme peut n'avoir que 2 à 4 millimètres d'épaisseur ou 20 à 30. Dans ce cas, les extrémités des villosités ont perdu leur rapport avec la caduque réfléchie et avec la caduque utéro-placentaire; il s'est produit 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, et le plus souvent sur ceux qui répondent au placenta. Les œufs qui ont éprouvé cette altération peuvent se présenter à l'observateur sous un autre aspect: si pendant l'expulsion ils sont dépouillés de la membrane caduque, comme cela arrive fréquemment, ils ont l'aspect d'un caillot de sang; mais, par la dissection et le lavage, on retrouve bientôt dans leur épaisseur les ramifications vasculaires du placenta et les villosités du chorion, 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. A une époque un peu plus avancée de la grossesse, dans le 3<sup>e</sup> et le 4<sup>e</sup> mois, l'épanchement s'étend beaucoup moins 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 rompent assez rarement 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 sa cavité, et même qu'il arrive entre la face interne de l'utérus et la caduque utérine; mais il l'est beaucoup plus qu'il se fraie une voie en déchirant le chorion et l'amnios. Cependant M. Gendrin paraît avoir observé quelques cas semblables, et avoir trouvé de sang épanché entre le chorion et l'amnios, et 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 dans les cas où l'on ne peut constater ni décollements ni déchirures à la surface externe du placenta. Cependant, dans quelques cas, ces lésions et même la déchirure de quelques veines utéro-placentaires peuvent être reconnues. Mais 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 son volume. 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 mêler à celui qui est fourni par la mère. Une semblable altération, avec l'étendue que nous venons de lui supposer, a pour effet ordinaire l'interruption de 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 de suite la contraction de cet organe; assez souvent, lorsqu'il est expulsé, le sang commence déjà à se décolorer et à présenter d'autres changements qui supposent, dans quelques cas, des épanchements d'une date ancienne. Il ne paraît même pas impossible que la gestation continue: c'est du moins ce que semble prouver l'état de quelques placentas d'enfants nés avant terme et même à terme. Ces placentas, remarquables par leur petitesse, leur peu d'épaisseur et leur consistance,

sont d'un gris blanc, et infiltrés dans toute leur étendue d'une matière amorphe blanchâtre qui ressemble assez à de la matière tuberculeuse, mais qui n'est autre chose que de la fibrine décolorée et durcie, au milieu de laquelle les vaisseaux du placenta n'ont pris qu'un développement très incomplet. On ne doit pas perdre de vue que le placenta n'a pas été décollé de la surface de l'utérus, ou qu'il ne l'a été que dans une très petite partie de son étendue. Ce qui semble encore confirmer que telle est l'origine de ce tissu étranger à l'œuf, c'est que souvent on trouve en même temps sur la surface externe du chorion, à des distances variables des bords du placenta, des plaques blanches, dures, homogènes, qui semblent de même nature que le tissu qui infiltre le placenta.

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 en totalité ou en grande partie le placenta, sont plus ou moins exactement circonscrits et limités dans les lobes, où s'est faite la rupture des vaisseaux d'où ils tirent leur origine; mais ils conservent toujours une grande tendance à s'étendre vers la face fœtale du placenta. A cette époque, les lobes sont isolés les uns des autres par le tissu cellulaire, qui unit également les ramifications vasculaires entre elles. Le développement de ces vaisseaux se faisant par une espèce d'efflorescence de leur extrémité, ils forment un tissu plus serré à la surface utérine que vers la surface fœtale; de là une tendance du sang à s'étendre dans ce sens, déplacement qui est encore favorisé par la position ordinairement déclive de la face fœtale par rapport à la face utérine du placenta.

Les épanchements de sang dans le placenta entièrement développé se présentent sous trois aspects différents. Dans le premier, 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. Ces foyers sont ordinairement assez grands et communiquent le plus souvent avec la surface externe du placenta, qui offre ordinairement une déchirure plus ou moins étendue et un décollement dans la partie correspondante; ils sont irréguliers et se rencontrent souvent vers le bord du placenta, dans le voisinage de la veine coronaire, qui offre quelquefois une déchirure qui communique avec le foyer. Lorsqu'ils correspondent au centre du placenta, ils s'étendent ordinairement jusque sur la face ex-

terne du chorion; et s'ils ont des rapports avec le point où les principales branches du cordon traversant le chorion, on voit quelquefois un peu de sang imbiber dans une étendue variable le tissu cellulo-séreux qui entoure la veine et les artères ombilicales à la naissance du cordon. Plusieurs observateurs ont déjà signalé cette circonstance. M. Gendrin a publié dans ces derniers temps une observation de ce genre très intéressante. Le cordon, dans l'étendue de 2 ou 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 mêmes époques ou d'époques différentes.

Dans la seconde variété, il n'y a pas, à proprement parler, de foyers; le sang est infiltré dans un ou plusieurs lobes du placenta, dont le tissu semble plus 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.

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; ils forment des cavités peu spacieuses. Les caillots les plus volumineux ne dépassent guère en volume un œuf de pigeon; ils sont à des profondeurs inégales: les uns s'étendent jusqu'à la surface 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. 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 reste du caillot que du tissu du placenta, et ressemble à un kyste de nouvelle formation. Mais un examen attentif m'a toujours fait reconnaître que c'était la portion la plus superficielle du coagulum restée adhérente au tissu du placenta. Les foyers réguliers peuvent présenter une particularité qui a quelque chose de spécial. Jusqu'à présent nous avons vu que le tissu du placenta qui les entoure est à l'état sain: il n'en est pas toujours ainsi. Dans quelques cas, il a été déjà, à une époque antérieure, le siège d'une infiltration sanguine qui l'a rendu plus

dense; il présente des traces du sang épanché et décoloré, transformé en une matière grisâtre uniformément infiltrée. Il se forme dans ces placentas de tout petits foyers réguliers, renfermant des caillots de sang qui représentent assez exactement des grains de raisin noir. Ces foyers sont souvent très multipliés, et le sang qu'ils renferment présente un très grand nombre de degrés différents de transformation qui indiquent des coagulations récentes et anciennes.

Les diverses espèces de foyers sanguins du placenta que je viens de faire connaître peuvent coïncider avec les lésions qu'on rencontre dans les hémorragies utérines ordinaires, 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. Mais ces épanchements placentaires sont fréquemment isolés des altérations que je viens d'indiquer, ou ne les produisent que tardivement.

Nous avons été conduit, pour les foyers qu'on observe dans la première moitié de la grossesse, à placer la source de l'épanchement dans la rupture de quelques vaisseaux utéro-placentaires, et plus particulièrement des veines. Nous pensons qu'il en est habituellement de même à une époque plus avancée de la grossesse: non que les divisions des vaisseaux ombilicaux qui forment le placenta fœtal ne puissent se rompre et former des foyers semblables, mais parce qu'on peut assez souvent observer cette rupture sur les veines utéro-placentaires, tandis qu'on n'a point encore pu la constater d'une manière certaine sur les vaisseaux ombilicaux qui concourent à former le placenta. On acquerra de nouvelles présomptions en faveur de cette manière de voir, si on oppose à la solidité des vaisseaux ombilicaux la fragilité des vaisseaux utéro-placentaires, aux troubles si communs et si variés de la circulation utérine le calme et la régularité de la circulation fœtale. Mais il est très vraisemblable que dans quelques cas où les foyers sont très étendus, des vaisseaux ombilicaux ont été déchirés consécutivement, et qu'ils versent une certaine quantité de sang dans le foyer placentaire.

Les épanchements sanguins du placenta, dans la dernière moitié de la grossesse surtout, sont dans de certaines limites compatibles avec la continuation de la gestation et ne provoquent pas d'une manière habituelle la contraction de l'utérus et l'expulsion de l'œuf; et même, lorsque les foyers ne sont pas très nombreux et qu'ils laissent une grande partie du placenta intact, la gesta-

tion parcourt toutes ses périodes, et rien n'annonce que le développement du fœtus en ait souffert. Mais il n'en est plus de même lorsque les foyers sont très multipliés ou que le placenta a été infiltré dans une très grande étendue. L'œuf est tantôt expulsé prématurément avec les symptômes d'une hémorrhagie utérine ordinaire, tantôt il continue à vivre; mais là nutrition ne se fait que d'une manière incomplète, et le fœtus succombe souvent avant d'arriver à terme, ou un accouchement plus ou moins prématuré se déclare, et l'on voit naître un enfant peu développé, très maigre et très faible.

Les changements consécutifs qui surviennent dans le sang épanché ou infiltré et dans le tissu du placenta sont un des points de l'histoire anatomique des épanchements sanguins de cet organe qui offrent le plus d'intérêt.

Le sang épanché dans le tissu du placenta, lorsque l'œuf n'est pas expulsé, se divise en parties solides et en parties liquides; le sérum s'infiltré au loin et disparaît. La partie solide, réunie en caillots plus ou moins volumineux, se resserre, devient plus dense et diminue un peu de volume plutôt par le fait de sa condensation que par un travail d'élimination. La partie colorante du sang disparaît peu à peu; cette décoloration commence ordinairement par la circonférence, à moins que le caillot n'ait été formé par addition successive, ce qui arrive fréquemment. Le caillot est alors plus dur au centre, où il est déjà quelquefois décoloré, tandis qu'à la circonférence, il a la couleur rouge du sang récemment épanché, et on peut observer plusieurs couches de couleur et densité différentes; il est même souvent facile de le séparer en lames ou couches régulières sans qu'il ait été formé par l'addition d'épanchements successifs. Dans un grand nombre de cas, il est encore facile de reconnaître les caractères du sang durci, quoique l'époque de son épanchement soit assez éloignée; mais dans plusieurs autres, la transformation est beaucoup plus profonde. On ne penserait même pas pouvoir rapporter ces masses à du sang épanché, si d'autres, sur le même placenta, à des degrés moins avancés de transformation, ne venaient démontrer l'origine des premières. Parmi les transformations où l'on ne reconnaît plus les caractères de la fibrine, il faut placer ces masses ou plaques de tissu homogène, sans organisation, très ferme, coloré en blanc grisâtre ou jaunâtre qu'on peut comparer, tantôt à du cartilage friable, tantôt à un tissu squirrheux, tantôt à de la matière tuberculeuse en masse ou infiltrée. Quelquefois elles présentent au centre, ou sur quelques autres points, de petites cavités remplies d'un sang ramolli, brunâtre, qui leur donne l'appar-

rence de squirrhe ramolli ou de matière encéphaloïde. Dans une autre variété, le sang décoloré forme une masse moins compacte, se séparant par la pression en grumeaux qui s'écrasent facilement sous la pression des doigts. Dans ce cas, la matière ressemble à celle de quelques kystes mélicériques, à du tissu adipeux ramolli, à du stéatome, etc. Il se dépose quelquefois dans ces tissus transformés de la matière crétacée ou terreuse qui ressemble plus ou moins à de la matière osseuse. Les parois des foyers, même les mieux circonscrits, manquent de kystes, produits organisés, comme on en voit autour des épanchements sanguins anciens, dans les autres parties de l'économie. J'ai déjà fait remarquer qu'on ne doit pas considérer comme tels, la couche régulière qu'on ne peut séparer du tissu du placenta, qui l'envahit dans une très petite étendue. Souvent les extrémités des vaisseaux ombilicaux qui pénètrent dans cette couche sont flétries et oblitérées. Lorsque l'infiltration s'est étendue au loin autour des foyers, le tissu du placenta est plus ferme, d'une couleur blanchâtre; les vaisseaux sont affaissés, flétris et en très grande partie oblitérés. On trouve quelquefois ainsi un ou plusieurs lobes complètement atrophies. Le placenta tout entier partage quelquefois à des degrés différents cet état d'atrophie en conservant encore une vascularité assez prononcée; car l'oblitération des vaisseaux n'est complète que lorsque la matière infiltrée est très abondante; et s'il reste quelques points qui ne soient point envahis ou qui ne le soient qu'à un faible degré, les fonctions du placenta ne sont pas encore complètement abolies; mais la nutrition du fœtus ne se fait plus que d'une manière très incomplète; et s'il peut arriver jusqu'à terme, il naît dans un état de maigreur et de petitesse fort remarquable; mais le plus ordinairement il succombe avant ce temps.

Nous avons vu qu'il peut arriver que la portion du placenta qui correspond aux foyers placentaires soit décollée; d'ailleurs le décollement d'une portion du placenta est un fait ordinaire dans les hémorrhagies utérines qui surviennent pendant la grossesse. Nous sommes donc naturellement conduit à rechercher si dans ce cas la portion décollée contracte de nouvelles adhérences quand la grossesse persiste. On a généralement répondu par la négative, mais à tort: il n'y a guère que dans les cas d'insertion du placenta sur le col que la portion décollée reste libre; dans les autres, le sang épanché et retenu en quantité variable, entre la face interne de l'utérus et une portion de la face externe du placenta, se condense et diminue par l'élimination de la partie séreuse, s'unit solidement d'une part au tissu du placenta, dans lequel il

pénètre plus ou moins profondément, de l'autre à la face interne de l'utérus, dont la surface unie se prête à une union moins solide : aussi, lorsque le placenta est expulsé, les plaques fibrineuses, diversement transformées, sont toujours entraînées avec lui. Mais je me hâte d'ajouter que ce mode d'adhérence est incompatible avec le rétablissement de la circulation dans cette partie qui est affaissée et dont les vaisseaux sont atrophiés. On peut croire cependant, sans toutefois pouvoir le démontrer, que, lorsque l'épanchement est très peu considérable, le sang peut être résorbé, et qu'il se fait une nouvelle exsudation, une reproduction d'une portion de la caduque utéro-placentaire, dans laquelle peuvent se développer de nouveaux vaisseaux utéro-placentaires, qui rétablissent non seulement l'adhérence, mais encore l'état primitif, de sorte que la circulation dans les vaisseaux ombilicaux correspondants n'est pas suspendue.

Les épanchements sanguins dans le placenta ne sont souvent révélés par aucun symptôme, si l'hémorrhagie reste ainsi limitée. Dans quelques cas, on observe la plupart des symptômes des pertes internes peu abondantes ; mais on peut plutôt soupçonner cette lésion qu'affirmer qu'elle existe, à moins que la femme sur laquelle on les observe 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.

Lorsqu'on soupçonne cette maladie, ou s'il s'agit d'une femme qui y soit prédisposée, on fera l'application du traitement prophylactique des hémorrhagies utérines pendant la grossesse.

2. DÉPÔTS PURULENTS SUR LE PLACENTA ET SUR LA CADUQUE. — On vient de voir dans l'article précédent quelle est l'origine et la nature des prétendus squirrhés tuberculeux, etc., du placenta. On a généralement mis trop de facilité à transporter aux annexes du fœtus les diverses altérations qu'on observe dans nos organes. C'est ainsi qu'on a décrit une inflammation du placenta, qu'on regarde même comme très fréquente et à laquelle on a donné pour symptôme le plus fréquent et le moins équivoque, des douleurs abdominales et lombaires, de la fièvre, phénomènes qui sont communs à l'inflammation et aux congestions utérines. Les causes qu'on lui attribue sont aussi celles de l'inflammation, des congestions utérines et des pertes latentes. Cependant le placenta et les autres parties de l'œuf, aussi bien que le fœtus, sont en quelque sorte en dehors de l'organisme maternel, et les ma-

ladies qui les affectent ne peuvent réagir que faiblement sur lui. On a donné pour caractère anatomique de l'état aigu de l'inflammation du placenta, l'augmentation de volume, la coloration foncée, qui sont quelquefois portées à un très haut degré, en même temps que le tissu de l'organe a perdu en partie sa consistance. On rencontre fréquemment des placentas qui sont dans cet état ; mais il dépend ordinairement de la congestion des vaisseaux ombilicaux, ou d'un état d'hypertrophie du placenta, avec mollesse et infiltration de son tissu par une sérosité souvent abondante ; et nous ferons voir plus bas, en parlant d'une manière spéciale de l'hypertrophie du placenta, qu'elle n'a rien de commun avec une inflammation. Pour un degré plus avancé, on a indiqué l'exsudation d'une lymphe plastique et la formation de pus ; et pour l'état chronique, les diverses transformations que nous avons vu prendre au sang épanché. Mais lorsqu'on trouve ces dernières altérations à l'état le plus avancé, sans qu'il existe de traces de la série des changements antérieurs, et qu'il n'y a pas eu de symptôme d'hémorrhagie, soit externe, soit interne, l'analogie est en faveur d'épanchements sanguins anciens. D'ailleurs des matières ressemblant à du tissu fibreux se décomposant en lames ou couches, à de la matière grasse ramollie, au stéatome, à des tubercules, à des cartilages, etc., ne sont pas des produits ordinaires de l'inflammation, à moins qu'on ne la confonde avec d'autres altérations organiques dont elle est pourtant bien distincte. Quant au pus, c'est tout autre chose, et ce n'est véritablement qu'avec cet élément évident d'une inflammation qu'on peut poser et discuter la question de l'inflammation du placenta. Exposons d'abord sommairement les faits. Une femme en proie dès le commencement de la grossesse à des vomissements sympathiques presque continuels et très opiniâtres, qui amenèrent un amaigrissement considérable, succomba dans le troisième mois de sa grossesse et n'eut de la fièvre que quelques jours avant sa mort. L'utérus ne présenta aucune altération évidente ; mais entre la membrane caduque et l'utérus, ou plutôt dans les cellulosités de celle-ci, on voyait des concrétions pseudo-membraneuses assez résistantes formant une couche d'une à deux lignes d'épaisseur, à laquelle l'utérus adhérait assez faiblement. Entre cette couche et la face interne de l'utérus existait également une couche de pus concret qu'on soulevait sous forme de flocons jaunâtres. Le fœtus paraissait avoir vécu autant que la mère (Dance). MM. Cruveilhier et A. Bérard ont constaté du pus bien caractérisé, déposé à la surface externe du placenta et de la caduque. Dans une de mes observations d'apoplexie utéro-placentaire, il y avait

de la matière purulente déposée à la surface du placenta et infiltrée dans son tissu. M. Brachet a trouvé au centre de deux placentas des foyers purulents sans communication avec la face utérine; les femmes qui avaient rendu ces placentas avaient éprouvé à une certaine époque de leur grossesse des symptômes d'inflammation utérine ou d'hémorrhagie latente: des faits semblables ont été observés par Stratfort et d'Outrepoint. Ainsi la présence du pus sur la surface externe du placenta et de la caduque et même dans leur épaisseur est un fait certain, bien qu'il paraisse assez rare. Ce pus peut provenir de deux sources fort différentes, de la surface interne de l'utérus, ou bien du placenta, ou de la membrane caduque. L'inflammation de l'utérus pendant la grossesse n'a pas été étudiée avec tout le soin qu'elle mérite. Dugès affirme que sa surface interne pendant la grossesse est plus souvent le siège d'exsudations purulentes et de fausses membranes qu'on ne pourrait le croire d'après le silence des auteurs. L'inflammation de l'utérus, pendant la grossesse, présente déjà quelques uns des caractères que nous exposerons avec détail en traitant de la fièvre puerpérale, savoir: la suppuration des canaux veineux du tissu de l'utérus, l'accumulation du pus dans leur intérieur, et les oblitérations qui s'établissent souvent dans les points enflammés, forment de petits abcès enkystés dans divers points des veines enflammées. Si la sécrétion augmente dans ces foyers et que le pus trouve une barrière qui l'empêche d'être versé dans le torrent de la circulation, il pourra plus facilement s'étendre, s'il correspond à l'insertion du placenta, dans les veines utéro-placentaires, qui, n'étant pas soutenues par le tissu dense de l'utérus, se rompent facilement, et le pus s'épanchera dans le tissu mou et perméable du placenta, dans lequel il se creusera des foyers à des profondeurs variables. Mais les conditions les plus favorables à l'inflammation et à la suppuration des veines utérines dans le point où elles s'abouchent avec les veines utéro-placentaires se trouvent dans leur rupture et le décollement d'une portion de placenta. Cette solution de continuité et la présence du sang épanché sont dans quelques cas une cause suffisante d'inflammation et de suppuration qui peuvent laisser les traces que nous avons signalées plus haut. Il ne faut point perdre de vue que le placenta, par sa disposition et sa texture, est favorablement disposé au déplacement du pus, comme de tout autre fluide, par une espèce de migration qui peut le porter vers la face fœtale. D'ailleurs, si la grossesse n'est pas interrompue, l'accroissement du placenta et l'allongement des vaisseaux ombilicaux peuvent rendre profonds de petits foyers, qui dans le principe étaient su-

perficiels. Les remarques qui précèdent prouvent seulement qu'à la suite de l'inflammation de quelques points de la face interne de l'utérus, ou des veines utérines qui correspondent au placenta, il peut se déposer du pus sur la caduque utérine, à la surface externe du placenta, et même dans leur épaisseur. Mais on ne peut pas démontrer d'une manière directe que telle a été l'origine du pus dans les cas précités: car, si le placenta et la membrane caduque sont susceptibles de s'enflammer et de suppurer, on peut avec autant de raison les considérer comme l'ayant fourni. Mais il est fort douteux que ces organes temporaires, d'une texture si simple, soient doués de la propriété de s'enflammer. Faisant abstraction de toute idée théorique pour n'interroger que les faits, tels que l'observation nous les montre, nous voyons les foyers purulents, alors même qu'ils sont anciens, n'être jamais entourés de kystes de nouvelle formation: le pus est en contact avec le tissu du placenta sans intermédiaire, comme dans les abcès métastatiques les plus récents; nous avons déjà constaté qu'il en était de même dans les foyers sanguins. Cependant les autres organes de l'économie, dans des conditions semblables, offrent sur les parois des foyers purulents et apoplectiques anciens des membranes de nouvelle formation. Mais, bien plus, on ne voit jamais, malgré la persistance de l'adhérence et de la vitalité, de traces d'inflammation sur le placenta à la suite de lacérations, telles que celles qu'on observe souvent dans les cas de son insertion sur le col ou d'adhérence contre nature, soit à la suite de l'accouchement, soit à la suite d'un avortement. S'il arrive quelquefois dans ces cas qu'il s'écoule de l'utérus un liquide purulent, tous les observateurs l'ont rapporté à sa véritable origine, c'est-à-dire à la face interne de l'utérus; il suffit d'ailleurs d'examiner les fragments de placenta expulsés pour voir qu'ils ne présentent aucune trace d'inflammation, mais seulement des altérations physiques. On ne peut pas non plus invoquer en faveur d'une inflammation du placenta l'oblitération des divisions des vaisseaux ombilicaux qui surviennent dans les points qui ont été décollés ou fortement infiltrés de sang: cette atrophie des vaisseaux se fait par un mécanisme semblable à celui qu'on observe après la naissance dans la portion fœtale des artères et de la veine ombilicale; elle est un effet de la cessation de la circulation dans ces vaisseaux. C'est donc avec raison que je rapporte à une inflammation de l'utérus la présence du pus dans le placenta et la caduque; mais ce pus, lorsqu'il existe et que la grossesse continue, peut subir quelques unes des transformations que nous avons indiquées pour le sang épanché.

L'origine que nous venons d'assigner aux dépôts purulents du placenta et de la caduque nous conduit à renvoyer, pour les indications, au traitement de l'inflammation de l'utérus pendant la grossesse, page 363, inflammation encore mal étudiée, dont nous venons d'essayer de faire connaître une des formes les moins connues.

3. HYPERTROPHIE DU PLACENTA. — Il n'est pas rare de rencontrer sur des œufs abortifs, mais principalement sur le délivre d'enfants putréfiés, expulsés prématurément ou seulement à terme, des placentas ayant le double et même le triple de leur volume ordinaire. Ils ont été mentionnés par plusieurs observateurs, et étudiés d'une manière plus particulière par madame Lachapelle. Ils sont frais, et non flétris comme les fœtus auxquels ils tiennent; leur tissu, devenu très spongieux, est abondamment pénétré de fluides séreux rougeâtres, quelquefois tirant sur le brun; ce fluide entre pour beaucoup dans leur augmentation de volume. La face fœtale est un peu flétrie et macérée, tandis que celle qui correspond à l'utérus a conservé toute sa fraîcheur. Les divisions placentaires des vaisseaux ombilicaux sont flétries, affaissées, et contiennent du sang qui se trouve dans le même état d'altération que celui qui est dans les organes du fœtus. On voit que la vie s'est principalement maintenue dans la portion maternelle du placenta; cependant les extrémités villosités des vaisseaux ombilicaux paraissent avoir conservé leur fraîcheur, et ne sont pas flétries; le tissu cellulo-muqueux du placenta paraît seul avoir augmenté; je dois ajouter, cependant, que l'augmentation de volume paraît dépendre en grande partie de l'accumulation des fluides qui le pénètrent. Néanmoins il n'est pas douteux que la vitalité ait persisté et que la nutrition ait été plus active dans la portion du placenta qui est la plus éloignée de sa face fœtale. Il est bien certain que le fœtus peut succomber sans entraîner toujours et immédiatement la cessation des phénomènes de nutrition qui constituent la vie propre de ses annexes. Ce travail de gestation, tout incomplet qu'il est, explique pourquoi la matrice reste souvent assez longtemps avant de se contracter pour expulser des fœtus morts, devenus pour elle des corps étrangers. D'ailleurs, ce n'est pas seulement pendant que le fœtus mort est conservé dans l'utérus que le placenta peut continuer à vivre: Ruysch, Morgagni, Franck, etc., ont vu des placentas continuer à végéter longtemps après la sortie de l'enfant: c'est un phénomène qu'il n'est pas rare d'observer à la suite de l'avortement. Faut-il admettre avec madame Lachapelle que la mort du fœtus a dû précéder le développement anormal du

placenta et qu'elle en est la cause? Il paraît en être ainsi généralement. Mais il doit rester cependant des doutes pour quelques uns des cas qui se présentent, où l'on trouve des placentas très volumineux appartenant à des fœtus dont la mort ne peut guère remonter au-delà de huit à dix jours. J'ajouterai que rien n'est moins fondé que la prétention de vouloir trouver dans cette hypertrophie les caractères d'une inflammation soit aiguë, soit chronique. Lorsque l'hypertrophie du placenta survient dans les premiers temps de la grossesse, le fœtus peut être dissous, ou même être expulsé seul; la masse charnue formée par le placenta continuant à s'accroître, et expulsée plus tard, représente une de ces altérations de l'œuf qu'on a désignées sous le nom vague et générique de *môles charnues*.

4. ATROPHIE DU PLACENTA. — Nous avons déjà fait voir que l'atrophie du placenta est un effet consécutif de son décollement, des épanchements de sang à sa surface et dans son épaisseur, et des transformations qu'il subit. Rien n'est plus commun que de trouver des atrophies partielles d'un ou de plusieurs lobes. Quelquefois l'atrophie est générale, et porte sur tout le placenta, lorsqu'à la suite d'hémorragies successives, le sang épanché a fini par envahir l'organe dans toute son étendue. Les vaisseaux ombilicaux s'affaissent, reviennent sur eux-mêmes; un grand nombre s'oblitérent complètement; le sang qui est dans leur intérieur peut se solidifier et éprouver diverses transformations. Quelques observateurs paraissent y avoir constaté des dépôts crétacés et calcaires. L'atrophie du placenta ne paraît pas être toujours consécutive aux altérations qui ont été signalées dans les articles précédents. On trouve quelques placentas dont les dimensions en épaisseur, en largeur, sont considérablement réduites sans que leur tissu offre rien de particulier. Lorsque cet état, qui semble primitif et qu'on peut rapporter aux anomalies du placenta, est très prononcé, la nutrition du fœtus en souffre d'une manière très évidente, mais pas au même degré que dans l'atrophie consécutive, lorsqu'elle s'étend à la totalité ou à la plus grande partie du placenta.

5. KYSTES VÉSICULEUX EN GRAPPE DU PLACENTA ET DU CHORION, *môle hydatique ou vésiculaire*. — Albinus et Ruysch s'étaient fait une idée exacte de la nature et du siège de cette singulière altération en la rapportant au développement anormal des glandules ou nodosités qu'on observe sur les rudiments vasculaires du placenta et les villosités des autres parties du chorion qui doivent



s'atrophier plus tard. Qu'on se figure une de ces tiges rameuses et arborescentes dont les branches et les rameaux s'allongent et dont les renflements spongieux se dilatent en ampoule, on aura une image exacte de la disposition de ces vésicules en grappe supportées par un pédicule commun. Cette manière de voir si simple et si conforme à la vérité n'avait pas prévalu et était à peu près complètement oubliée. Mais sur des observations nouvelles de M. Velpeau, confirmées par celles de M. Cruveilhier, de madame Boivin, on a abandonné les idées fausses qui avaient été adoptées sur le siège et la nature des hydatides du délivre. Les causes de ce développement anormal sont tout-à-fait inconnues, et les conjectures qu'on a émises à ce sujet ne méritent pas d'être reproduites.

Les villosités du placenta sont le siège le plus ordinaire des hydatides en grappe; mais on les observe sur d'autres parties du chorion. Madame Boivin a observé la transformation hydatique des villosités du chorion sur deux points peu éloignés de la circonférence du placenta. D.-E. Burdach a fait représenter un œuf abortif, dont toute la surface est recouverte d'hydatides. Chaque grappe est constituée par un pédicule très grêle qui s'élève de la surface du chorion en fournissant un plus ou moins grand nombre de petits filets qui portent à leurs extrémités des vésicules transparentes remplies d'un fluide incolore. Les vésicules sont d'inégal volume; les plus petites peuvent être comparées à un grain de chènevis, et les plus grosses à un œuf de pigeon. Dans quelques cas, le pédicule est simple ou peu divisé, et ne porte qu'une, deux ou trois vésicules.

Le nombre des grappes est ordinairement assez considérable; les délivres qui offrent cette altération ont souvent doublé et triplé de volume; on en trouve du poids de trois, de quatre, de cinq livres, et même de plus pesants. Les vésicules sont en grand nombre; on en compte souvent jusqu'à plusieurs mille sur la même masse. Le pédicule et les filets qui les supportent sont très solides, quoique grêles, et conservent encore une ressemblance assez grande avec les villosités du chorion. On peut les suivre jusque sur la surface externe de ce dernier. Assez souvent on reconnaît encore la texture ordinaire du placenta; une partie des villosités se sont vascularisées, et les autres se sont transformées en grappes hydatiques; un certain nombre semble partir de l'extrémité des vaisseaux qui se sont consécutivement oblitérés; alors le pédicule paraît plus volumineux. Les ampoules ou vésicules par lesquelles se terminent le pédicule et ses branches ont des parois très minces, transparentes, assez résistantes et d'une

apparence séreuse. A part les filets qui les réunissent en grappes, ces vésicules ressemblent beaucoup aux petits kystes séreux des ovaires et des trompes. Madame Boivin assure que l'on voit quelquefois des vaisseaux sanguins ramper sur leurs parois. Le liquide qu'ils renferment est incolore, légèrement visqueux. On pense avec quelque raison qu'il contenait de l'albumine; cependant Rudolphi prétend qu'il ne se coagule et ne se trouble pas par le feu ou l'alcool, et qu'il est simplement aqueux. Ce liquide est quelquefois jaunâtre, rougeâtre, trouble et même séro-purulent. D'après ce qui précède, on voit que les kystes vésiculeux en grappe ne présentent aucun caractère d'animalité, et qu'ils ne peuvent pas être considérés comme des vers vésiculaires ou de véritables hydatides.

Les observateurs sont d'accord à reconnaître dans la couche membraneuse épaisse qui les enveloppe la membrane caduque, dont elles sont assez souvent dépouillées dans le travail de leur expulsion. On peut rencontrer quelques vésicules détachées de la grappe dont elles faisaient partie, mais elles ne constituent pas une espèce particulière; et le type sous lequel se présentent les kystes vésiculeux ou hydatiformes du placenta et du chorion est tellement uniforme, qu'il est impossible de les distinguer en espèces différentes. La division établie par madame Boivin en *môle hydatique embryonnée*, en *môle hydatique creuse* et en *môle hydatique en masse* est défectueuse, si on l'applique à l'altération elle-même; mais elle résume très bien les altérations consécutives du fœtus et de ses annexes. En effet, si dans le principe l'altération a été peu considérable, ou si son développement a été tardif, l'œuf avorté contient dans l'amnios un fœtus plus ou moins développé. De semblables produits ont été expulsés à toutes les époques de la grossesse. Mais si l'embryon meurt à une époque peu éloignée de la conception, il se dissout dans l'eau de l'amnios, et on ne trouve plus qu'une masse plus ou moins volumineuse qui contient dans son centre une petite cavité remplie de liquide. Il arrive même assez souvent que cette cavité centrale n'est plus reconnaissable, soit qu'elle ait diminué par la résorption de la petite quantité de liquide qu'elle contenait, soit qu'elle se soit rompue. Mais il est fort rare qu'on ne retrouve pas quelques uns des caractères de l'œuf, par des traces du placenta, du chorion ou de la caduque. Ce qui reste du placenta est quelquefois hypertrophié.

Les kystes hydatiformes développés dans le placenta ont presque toujours une influence funeste sur le fœtus. Si dans quelques cas son volume fait présumer qu'il a dû continuer de